КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

Профессора Г. А. Захарьина

и

ТРУДЫ

ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Императорскаго Московскаго Университета.

Выпускъ 3-й.

МОСКВА.

1893.

КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ

Профессора Г. А. Захарьина

и

ТРУДЫ

ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Императорскаго Московскаго Университета.

Выпускъ 3-й.

МОСКВА.

1893.

Дозволено цензурою. Москва, 9 января, 1893 года.

Университетская типографія, Страстной бульваръ.

ЕГО ИМПЕРАТОРСКОМУ ВЫСОЧЕСТВУ

ГОСУДАРЮ ВЕЛИКОМУ КНЯЗЮ

КОНСТАНТИНУ КОНСТАНТИНОВИЧУ

АВГУСТѢЙШЕМУ ПРЕЗИДЕНТУ АКАДЕМІИ НАУКЪ

ПОСВЯЩАЕТЪ

СВОЙ ТРУДЪ И ТРУДЫ ЗАВѢДЫВАЕМОЙ ИМЪ КЛИНИКИ

Профессоръ Григорій Захарьинъ

Почетный Членъ Академіи.

СОДЕРЖАНІЕ.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Къ предисловію предыдущаго выпуска считаю нужнымъ прибавить слѣдующее.

Продолжая изданіе своихъ клиническихъ лекцій, я вижу себя вынужденнымъ отказаться отъ изложенія ихъ въ систематическомъ порядкѣ (какъ намѣревался вначалѣ) по извѣстнымъ отдѣламъ внутреннихъ болѣзней,—отказаться потому, что завишу отъ встрѣчающагося матеріала; не всегда могу найти нужный случай, чтобы продолжать изложеніе начатаго отдѣла, а съ другой стороны, настаивая на систематическомъ порядкѣ, долженъ пропускать,— отказываться отъ ихъ изложенія, — такіе случаи, которые даютъ возможность касаться съ пользою (тою, которую имѣетъ въ виду мой трудъ) другихъ отдѣловъ внутреннихъ болѣзней.

При выборѣ больныхъ для клиническаго разбора (а слѣдовательно и для *печатныхъ* клиническихъ

лекцій), имѣя въ виду прежде всего интересы своихъ слушателей, будущихъ практическихъ врачей, я предпочитаю самые обыкновенные, «ординарные» случаи, какъ наиболѣе важные, ибо чаще встрѣчающіеся,—избѣгаю «рѣдкихъ» случаевъ; разбираю случаи и легкіе, и тяжелые, но имѣющіе хотя малѣйшую вѣроятность излѣченія или, по крайней мѣрѣ, улучшенія, а вполнѣ неизлѣчимыхъ и не обѣщающихъ улучшенія касаюсь лишь настолько, насколько это необходимо для знанія ихъ діагностики, для умѣнья отличить ихъ отъ поправимыхъ и излѣчимыхъ.

Время, употребляемое на разборъ каждаго случая (а слѣдовательно и на печатное изложеніе его), зависитъ конечно отъ особенностей послѣдняго; но вообще чѣмъ далѣе подвигается клиническое преподаваніе, тѣмъ болѣе возможно тратить менѣе времени на каждый разбираемый случай, короче высказываться о каждомъ больномъ—отчасти въ виду растущей врачебной зрѣлости слушателей, отчасти вслѣдствіе возможности ссылаться на прежде сказанное (а также и напечатанное) о пріемахъ клиническаго преподаванія, объ изслѣдованіи больныхъ, о распознаваніи, о регулированіи гигіены больнаго вообще и діэты его въ особенности, о многихъ прежде прилагавшихся методахъ лѣченія,—словомъ, обо

всемъ, чего обыкновенно приходится касаться уже при первыхъ больныхъ и что дѣлаетъ столь продолжительнымъ клиническій разборъ первыхъ разсматриваемыхъ, а потому по преимуществу образцовыхъ случаевъ.

Помѣщавшіяся и въ предыдущихъ выпускахъ *Прибавленія*, не представляющія клиническихъ лекцій, но тоже обязанныя своимъ происхожденіемъ клинической (и врачебно-практической) дѣятельности обозначены въ настоящемъ выпускѣ болѣе точнымъ названіемъ ***клиническихъ трудовъ.*** Кромѣ принадлежащихъ мнѣ, въ настоящемъ выпускѣ помѣщены (будутъ помѣщаться и въ слѣдующихъ) работы ассистентовъ и ординаторовъ завѣдуемой мною клиники, а также и другихъ лицъ, трудящихся въ ней, а потому весь отдѣлъ и получилъ названіе *Трудовъ Факультетской Терапевтической Клиники.* Работы, произведенныя лицами, трудящимися въ моей клиникѣ, въ лабораторіяхъ другихъ преподавателей, будутъ помѣщаться въ этомъ отдѣлѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣютъ ближайшее отношеніе къ клиникѣ и, какъ обыкновенно, возникаютъ по клинической иниціативѣ.

Чтобы не открывать впередъ діагностики, содержаніе случаевъ, разсматриваемыхъ въ настоящемъ выпускѣ, точно не обозначено (причины такого

пріема объяснены въ предисловіи ко 2-му выпуску). Небольшое неудобство, могущее происходить отъ этого для отыскиванія содержанія, легко устранится, если читатель, интересующійся предлежащимъ трудомъ, самъ по прочтеніи точнѣе отмѣтитъ содержаніе.

Г. Захарьинъ.

Ноябрь 1892.

ЛЕКЦІИ.

I. Брюшныя болѣзни и функціональныя разстройства нервной системы.

ТРЕТІЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 3-го ноября 1889.

Больной, студентъ, 22 лѣтъ, жалуется на боли въ животѣ и запоръ, смѣняющійся иногда поносомъ, — на сердцебіеніе и непріятныя ощущенія въ сторонѣ сердца,—на головныя и спинныя боли, плохой сонъ, скорое утомленіе отъ тѣлеснаго и умственнаго труда и мрачное настроеніе духа: больнаго безпрестанно тревожатъ всякаго рода опасенія, главное же— онъ боится, что у него есть «органическій порокъ сердца».

Условія и образъ жизни. Уже четвертый годъ больной живетъ почти безвыѣздно въ Москвѣ, зиму и лѣто. Помѣщеніе изрядное, отхожее мѣсто холодное. Прежде больной купался, а за послѣдніе годы — нѣтъ, потому что отъ купанья сталъ зябнуть и получать припадки сердцебіенія. Въ баню не ходитъ, моется дома. Прежде курилъ, а теперь пересталъ, потому что куреніе стало вызывать біеніе сердца. Пьетъ немного чаю; кофе и вина не пьетъ. Порядокъ ѣды — утромъ чай съ хлѣбомъ, обѣдъ и ужинъ; столъ всегда былъ хорошій, за исключеніемъ одного двухнедѣльнаго періода, о которомъ будетъ рѣчь. Больной, какъ сказано, студентъ и, кромѣ того,

даетъ уроки. На воздухѣ бываетъ часа два въ день. Времени для сна имѣетъ достаточно, отъ 11 вечера до 8 утра.

Анамнезъ. Родители больнаго, по его словамъ, здоровы. Уже съ гимназіи, лѣтъ 10 назадъ, у больнаго начались запоры, но впрочемъ здоровье не измѣняло до переѣзда въ Москву, а съ тѣхъ поръ запоры усилились и больной сталъ немного худѣть и слабѣть. Три года назадъ больной перенесъ острый сочленовный ревматизмъ — легкій (больной все время оставался на ногахъ), въ нѣсколько дней прошедшій отъ салициловаго натра; съ того времени появились сердцебіенія. Годъ назадъ сонъ сталъ плохъ, душевное настроеніе—мрачно, слабость замѣтнѣе, припадки сердцебіенія стали сопровождаться непріятными ощущеніями, а иногда и прямо болями въ сторонѣ сердца. Всѣ эти болѣзненныя явленія очень усилились послѣ огорченія, которое больной перенесъ три мѣсяца назадъ. Мѣсяцъ назадъ больному пришлось употреблять дурное кушанье, причинившее поносъ, сначала прекратившійся отъ опійной настойки, но потомъ возобновившійся; съ тѣхъ поръ у больнаго то дня 3—4 нѣтъ на низъ, то прослабитъ раза 3 — 4 въ день, съ болью въ животѣ, жидко и со слизью.— 29-го октября больной поступилъ въ нашу клинику въ день поноса. Дано 5 капель t-rae opii, животъ повязанъ фланелью и назначено: $^1/_2$ стакана горячей Эмской воды (Кессельбрунъ) утромъ, натощакъ, за часъ до чаю, а послѣ обѣда и ужина по столовой ложкѣ отвара кондуранго (ʒjj на ℥jjj) съ 5 каплями t-rae nucis vomicae, въ случаѣ запора—клистиръ и, по прекращеніи поноса, одинъ день—статическое электричество («ванна», т.-е. сидѣнье на изолированной скамейкѣ во время сеанса), другой—общій массажъ (при чемъ животъ не массировался), позднѣе же лѣченіе холодной водой; избѣгать утомленія тѣлеснаго и душевнаго (много не читать); для питья, пока длится поносъ, чай, о пищѣ будетъ рѣчь ниже.

Status. Больной—средняго тѣлосложенія и хотя говоритъ, что худѣетъ, но питаніе и доселѣ весьма удовлетворительно:

подкожный слой жира довольно значителенъ и мышцы хорошо развиты. Аппетитъ и желудочное пищевареніе, по словамъ больнаго, весьма перемѣнчивы: въ дни, когда сонъ покоенъ и самочувствіе хорошо, больной ѣстъ достаточно и послѣ ѣды ничего тягостнаго не замѣчаетъ; когда же сонъ и самочувствіе плохи, больной ѣстъ мало и все-таки чувствуетъ тяжесть подъ ложечкой, которая проходитъ лишь послѣ тягостной и продолжительной отрыжки. До поноса другихъ непріятныхъ ощущеній въ животѣ не было; со времени поноса появились кишечныя боли. Съ поступленія въ клинику поносъ прекратился и кишечныя боли почти стихли. Вчера, послѣ того, какъ двое сутокъ не было на низъ, поставили водяной клистиръ, вызвавшій достаточное испражненіе; впрочемъ животъ еще нѣсколько вздутъ и немного чувствителенъ при изслѣдованіи, которое къ тому же вызываетъ небольшое урчанье. Особенной чувствительности, также какъ и вообще чего-либо ненормальнаго въ сторонѣ желудка, печени, селезенки и почекъ не замѣчается. Моча—нормальна. Больной очень (и давно уже) невоздерженъ въ половыхъ сношеніяхъ; теперь эрекціи ослабли и самъ больной слабѣетъ послѣ сношеній, хотя и болѣе рѣдкихъ, чѣмъ прежде. Дважды былъ трипперъ, прошедшій безслѣдно, но очень усилившій нервныя разстройства больнаго. Сифилиса у больнаго нѣтъ.—Небольшая одышка при ходьбѣ. Внѣ упомянутыхъ въ анамнезѣ припадковъ сердцебіенія съ болями въ сторонѣ сердца пульсъ нормаленъ, а при припадкахъ значительно учащается. Объективное изслѣдованіе не показываетъ ничего ненормальнаго въ дыхательныхъ органахъ, въ сердцѣ и большихъ сосудахъ, также какъ и въ грудномъ ящикѣ, за исключеніемъ гиперестезіи кожи на небольшомъ пространствѣ около лѣваго груднаго соска,—пространствѣ гораздо меньшемъ, чѣмъ мѣсто въ сторонѣ сердца, гдѣ больной чувствуетъ боль во время сильныхъ припадковъ сердцебіенія. Лихорадки нѣтъ. Нервные симптомы точно обозначены въ жалобахъ больнаго и анамнезѣ. Головныя боли быва-

ютъ при запорѣ—въ затылкѣ, а послѣ умственныхъ занятій—во лбу; изрѣдка—легкія мигрени. Спинныя боли оказываются гиперестезіей кожи въ сторонѣ нѣсколькихъ спинныхъ позвонковъ: всѣ движенія спины совершенно свободны, безболѣзненны. Рефлексы значительно повышены.

Діагностика, въ виду конца лекціи,—въ слѣдующій разъ; а теперь два слова о лѣченіи. Въ періодъ плохой пищи больной заболѣлъ поносомъ, очевидно, вслѣдствіе катарра кишекъ (испражненія съ болью и со слизью); мыслимо, что при этомъ начался и катарръ желудка, что диспептическія желудочныя явленія если не сполна, то, по крайней мѣрѣ, отчасти зависятъ отъ катарра; поэтому назначенъ Эмсъ, но, въ виду поноса, лишь по $^1/_2$ стакана утромъ и очень теплый. Назначеніе кондуранго и nucis vomicae, — столь пригодныхъ, какъ вамъ извѣстно изъ разбора перваго случая (2-й выпускъ настоящихъ лекцій), равно при поносѣ и запорѣ,—у больнаго, страдающаго попеременно то запоромъ, то поносомъ, не требуетъ объясненій. О назначеніи электричества, массажа и, позднѣе, гидротерапіи будетъ рѣчь уже послѣ окончательной діагностики.

Лекція 7-го ноября 1889.

Status. Больному во всемъ лучше. Аппетитъ и пищевареніе таковы, что больной уже три дня получаетъ ежедневно 2 тарелки куринаго супа, $^3/_4$ курицы, болѣе полуфунта жареной говядины, 6 яицъ и около фунта бѣлаго хлѣба, съѣдаетъ все это въ 4 раза и, кромѣ незначительной тяжести и легкой отрыжки, и то изрѣдка, а не послѣ каждой ѣды, — не имѣетъ никакихъ диспептическихъ явленій. Такое состояніе послѣ лишь пятидневнаго употребленія Эмской воды, и то лишь по полустакану въ день,—особенно, если вспомнить медленное поправленіе аппетита и пищеваренія при болѣе энер-

гичномъ и продолжительномъ лѣченіи и строжайшей діэтѣ въ первомъ разсмотрѣнномъ нами случаѣ настоящаго катарра желудка, — конечно уже одно говоритъ противъ катарра, а тѣмъ болѣе язвы или рака желудка въ данномъ случаѣ; говоритъ также и противъ расширенія этого органа, тѣмъ болѣе, что на низъ, хотя и при помощи клистира, — достаточно. Животъ менѣе вздутъ и неболѣзненъ. Сердечныхъ припадковъ за эти дни почти не было. Сонъ получше, хотя и не всякую ночь. Настроеніе духа стало покойнѣе, особенно послѣ того какъ я, изслѣдовавъ больнаго, объявилъ ему, что у него рѣшительно нѣтъ органическаго порока сердца и что вообще болѣзнь его вполнѣ излѣчима. Слабость тоже меньше.

Прежде чѣмъ перейти къ окончательной діагностикѣ, скажемъ о лѣченіи, которое показуется сегодняшнимъ состояніемъ больнаго. Катарра желудка нѣтъ, а потому Эмская вода отмѣняется, кондуранго и nux будемъ продолжать, такъ какъ еще бываетъ, хотя и не постоянно, тяжесть подъ ложечкой и отрыжка и такъ какъ поносъ кончился лишь недавно, а запоръ еще продолжается. Франклинизація и массажъ — хорошо дѣйствовали на больнаго; но теперь, съ прекращеніемъ поноса, время замѣнить ихъ гидротерапіей. Кромѣ того назначимъ больному argentum nitricum (гранъ на 20 пилюль изъ extr. trifol.) вначалѣ по пилюлѣ 2 раза въ день, непосредственно передъ принятіемъ пищи. Такъ какъ сонъ не всегда еще удовлетворителенъ, а окончаніе поноса даетъ возможность назначать бромистые препараты, то въ случаѣ нужды будемъ прибѣгать къ нимъ. О причинѣ назначенія ляписа и, въ случаѣ нужды, брома будетъ рѣчь, послѣ окончательной діагностики, при объясненіи всего плана лѣченія.

Діагностика. Уже выяснилось, какъ выше сказано, что въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи о катаррѣ, расширеніи, язвѣ и ракѣ желудка; а измѣнчивость аппетита и диспептическихъ явленій и ихъ зависимость отъ общаго нервнаго состоянія свидѣтельствуютъ, что у больнаго — *нервная*

диспепсія. Кромѣ желудочныхъ у больнаго имѣются еще болѣзненныя явленія кишечныя, сердечныя и общія нервныя (а въ печени, селезенкѣ, почкахъ и органахъ дыханія ихъ нѣтъ). Начнемъ съ общихъ нервныхъ, такъ какъ, думаю, даже для васъ, начинающихъ, изъ данныхъ, собранныхъ разспросомъ и объективнымъ изслѣдованіемъ, замѣтно, что эти разстройства въ настоящемъ случаѣ—главныя.

Чтобы лучше выяснить значеніе болѣзненныхъ нервныхъ явленій у нашего больнаго, я долженъ повторить дословно сказанное о состояніи нервной системы въ первомъ разсмотрѣнномъ нами случаѣ (2-й выпускъ, стр. 40—42):

«*Нервная система*, при поступленіи больнаго въ клинику, представляла, какъ вы помните, слѣдующія болѣзненныя явленія: плохой сонъ, головокруженія, боли въ головѣ, спинѣ и животѣ, угнетенное душевное настроеніе и тѣлесную слабость,—сумму припадковъ, обыкновенно замѣчаемую у лицъ, страдающихъ слабонервностью, neurasthenia. Слѣдуетъ ли заключить, что у нашего больнаго—неврастенія? Въ практикѣ настоящаго времени безпрестанно слышишь діагностику «неврастенія» и видишь, что этимъ названіемъ обозначаются совершенно различные случаи, имѣющіе сходство лишь въ нервныхъ симптомахъ, да и то не во всѣхъ. Такое обыкновеніе можетъ повести къ тому, что терминъ *неврастенія* потеряетъ всякое опредѣленное значеніе, будетъ обозначать лишь группу припадковъ, да и то не всегда одинаковую, тогда какъ онъ обозначаетъ извѣстную болѣзнь. Вотъ картина, представляемая лицами, страдающими типическою и притомъ чистою, не осложненною неврастеніей: нерѣдко это — люди крѣпкаго сложенія, долговѣчные, у которыхъ грудные и брюшные органы совершенно здоровы и (до времени) правильно функціонируютъ, питаніе цвѣтущее; а между тѣмъ они жалуются на нервныя разстройства, на то что у нихъ—то хорошій сонъ, то безсонница безъ очевидныхъ причинъ; быстро перемѣнчивое настроеніе духа — то возбужденное, то угнетенное; ум-

ственная энергія и тѣлесная сила быстро смѣняются слабостію. Къ этому присоединяются боли въ разныхъ частяхъ тѣла, для которыхъ мѣстно, въ болящихъ частяхъ, не открывается причины,—также кожная гиперестезія и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ; позднѣе появляются разстройства въ отправленіяхъ различныхъ органовъ, обыкновенно прежде всего—запоръ, потомъ (иногда много позднѣе) нервная диспепсія, сердцебіеніе и другіе симптомы. При изслѣдованіи причинъ такого болѣзненнаго состоянія большею частью находится наслѣдственное расположеніе,—слабость, уязвимость нервной системы уже отъ рожденія,—а также пріобрѣтенное пораженіе послѣдней вредно дѣйствующими на нее вліяніями. Такъ ли у нашего больнаго? Плохой сонъ былъ не безъ видимыхъ причинъ, а отъ болей, съ уменьшеніемъ которыхъ скоро сталъ нормальнымъ; съ улучшеніемъ сна и съ поправленіемъ пульса (сердечной дѣятельности) также скоро исчезли головныя боли и головокруженія; для всѣхъ остальныхъ болей оказались вполнѣ очевидныя, ясно выраженныя причины, различныя болѣзненныя состоянія въ частяхъ, гдѣ ощущались боли; кожной гиперестезіи и повышенія сухожильныхъ рефлексовъ, явныхъ признаковъ нервной диспепсіи и припадковъ сердцебіенія у нашего больнаго нѣтъ, такъ же какъ и измѣнчиваго душевнаго настроенія (напротивъ, больной весьма сдержанъ); угнетенное душевное настроеніе, бывшее при поступленіи, скоро прошло при уменьшеніи болей, улучшеніи сна и ободреніи больнаго; значительная и медленно уступающая тѣлесная слабость вполнѣ объясняется крайнею худобою мышцъ и неудовлетворительнымъ развитіемъ скелета. Взявши въ разсчетъ общій упадокъ питанія нашего больнаго, долженствовавшій сказаться и въ питаніи нервной системы,—далѣе плохой сонъ въ теченіе долгаго времени и сильныя боли во многихъ пораженныхъ органахъ, тоже существующія уже долгое время,—что также должно было вредно отражаться на состояніи нервной системы,—и видя, какъ скоро поправляется послѣд-

нее съ поправленіемъ здоровья больнаго, съ уменьшеніемъ мѣстныхъ страданій и улучшеніемъ сна,—слѣдуетъ заключить во 1-хъ, что нервная система нашего больнаго не только не представляетъ особой слабости, но, напротивъ, составляетъ, скорѣе, самую крѣпкую часть организма, и во 2-хъ, что у нашего больнаго нѣтъ настоящей и первичной неврастеніи, что его нервные симптомы развились послѣдовательно за болѣзнями другихъ органовъ, вслѣдствіе этихъ болѣзней (какъ о томъ свидѣтельствуетъ и анамнезъ) и такъ скоро проходятъ съ удаленіемъ причинъ, что очевидно не указываютъ на существованіе стойкой неврастеніи, хотя бы послѣдовательной».

Въ настоящемъ случаѣ совершенно наоборотъ: при хорошемъ сложеніи и питаніи, при здоровомъ состояніи всѣхъ, помимо нервной системы, органовъ (ничтожный поносъ появился лишь недавно, а запоръ и сердечныя явленія сами, какъ будетъ объяснено,—неврастеническаго происхожденія), при житьѣ въ несравненно лучшихъ условіяхъ развилась первичная стойкая, прогрессирующая неврастенія, полная сумма симптомовъ которой выяснилась изъ разспроса и объективнаго изслѣдованія. Это—случай настоящей, типической, хотя и не крайне развитой неврастеніи. Что касается ея происхожденія, то вліяніе наслѣдственности намъ точно неизвѣстно, а причины, вызвавшія ее, очевидны: трехлѣтнее житье зимою и лѣтомъ въ большомъ городѣ при значительныхъ и постоянныхъ (уроки и лѣтомъ) умственныхъ занятіяхъ, недостатокъ купанья за эти годы, огорченія, а главное, безспорно, крайняя невоздержность въ половыхъ сношеніяхъ, также и уретриты. Въ крайне развитыхъ случаяхъ настоящей неврастеніи приходится останавливаться на ея дифференціальной діагностикѣ отъ истеріи и, даже, множественнаго склероза. Въ настоящемъ, умѣренно развитомъ случаѣ, гдѣ отличіе отъ названныхъ болѣзней такъ очевидно, это было бы потерей времени.

Хотя у нашего больнаго и былъ острый сочленовный ревматизмъ, впрочемъ весьма легкій и кратковременный, но, при

вполнѣ нормальномъ состоянiи органовъ кровеобращенiя, бывающiя у нашего больнаго болѣзненныя явленiя въ сферѣ plexus cardiaci (сердцебiенiя и боли въ сторонѣ сердца) должны быть отнесены къ неврастенiи, для которой они составляютъ весьма частый симптомъ.

Начало запору, т.-е. ослабленiю нервномышечнаго аппарата кишекъ положили задержки позывовъ на низъ во время гимназическихъ уроковъ. Съ развитiемъ общей неврастенiи это состоянiе кишекъ, конечно, усилилось. Кишечный катарръ, появившiйся около мѣсяца назадъ, положилъ начало поносу и съ тѣхъ поръ кишки представляли картину двухъ одновременно существующихъ болѣзненныхъ состоянiй—слабости ихъ нервномышечнаго аппарата и катарра ихъ слизистой оболочки.

Предсказанiе. Есть ли у нашего больнаго врожденное расположенiе къ неврастенiи—точно неизвѣстно; но если и есть, то врядъ ли значительное: изъ данныхъ, собранныхъ изслѣдованiемъ, видно, что до извѣстнаго перiода жизни, почти до университета, у больнаго не было признаковъ слабонервности; послѣднiе стали развиваться лишь послѣ очевиднаго воздѣйствiя причинъ, способныхъ вызвать неврастенiю, каковы: постоянное житье и постоянныя занятiя (и лѣтомъ) въ большомъ городѣ, недостатокъ прежде привычнаго купанья, огорченiя, а главное — половая невоздержность. Въ такихъ случаяхъ, т.-е. когда нѣтъ врожденной и притомъ упорной, трудно устранимой слабости нервной системы, когда неврастенiя лишь прiобрѣтенная и притомъ, какъ у нашего больнаго, не крайне развитая, излѣченiе вполнѣ возможно; но, конечно, прочность излѣченiя, отсутствiе рецидивовъ вполнѣ зависитъ отъ того, насколько больной будетъ имѣть силы воли и возможности избѣгать влiянiй, вызывающихъ неврастенiю.

Лѣченiе. Начнемъ съ главной болѣзни настоящаго случая,—болѣзни нервной системы, *неврастенiи.* Въ отдѣлѣ гигiены главнѣйшiе совѣты больному будутъ слѣдующiе: вопервыхъ,

сейчасъ же уменьшить (вначалѣ значительно) занятія и уѣхать на родину до начала будущаго семестра, т.-е. до половины января, а затѣмъ всякое лѣто, живя по возможности долго въ хорошей загородной мѣстности и купаясь, хотя на мѣсяцъ совершенно прекращать занятія; — беречь сонъ, не портить его (напр. излишней ѣдой и утомительными умственными занятіями непосредственно передъ сномъ) и не сокращать, — спать не менѣе того, сколько нужно; — трудиться съ достаточнымъ отдыхомъ, не доводить себя ни до тѣлеснаго, ни до душевнаго утомленія. Отъ половыхъ сношеній,—главной болѣзнетворной причины въ настоящемъ случаѣ,—будемъ совѣтовать совершенно воздержаться. Къ сожалѣнію далеко не всегда этотъ совѣтъ врача исполняется; но было бы ошибкой думать, что такъ бываетъ *всегда* и что слѣдовательно не стоитъ и трудиться давать его. Напротивъ толковый и рѣшительный, доброжелательно и съ участіемъ данный совѣтъ не подѣйствуетъ скорѣе въ меньшинствѣ случаевъ, а если подѣйствуетъ, то будетъ истиннымъ благодѣяніемъ для больнаго, самымъ важнымъ результатомъ дѣятельности врача въ такихъ случаяхъ. Да и исполненіе этого совѣта далеко не такъ трудно, даже такъ невозможно, какъ обыкновенно думаютъ больные, о которыхъ рѣчь, если врачъ научитъ ихъ избѣгать половаго возбужденія какъ физическими вліяніями (запоры, мягкое ложе и сидѣнье, узкое платье, спиртные напитки и пр.), такъ и тѣми, которыя дѣйствуютъ психическимъ путемъ (страстныя мысли, извѣстное чтеніе,—извѣстное общество, мужское и женское), а также разъяснитъ вредъ, въ подобныхъ случаяхъ, недостаточной тѣлесной дѣятельности, умственной праздности, недостатка эстетическихъ впечатлѣній и, прежде всего, напомнитъ о нравственныхъ и религіозныхъ требованіяхъ. Притомъ нашему больному уже 22 года и черезъ $1\frac{1}{2}$ года онъ окончитъ университетскій курсъ; слѣдовательно въ недалекомъ будущемъ возможна и женитьба.

Лучшее средство изъ *неаптечныхъ* для лѣченія неврастеніи — гидротерапія и притомъ чѣмъ моложе больной, чѣмъ надежнѣе состояніе внутреннихъ органовъ, чѣмъ лучше состояніе питанія и чѣмъ болѣе нервныя разстройства носятъ характеръ слабости, тѣмъ болѣе идетъ прохладная и холодная вода; наоборотъ, чѣмъ старше больной, чѣмъ болѣе внушаютъ опасенія тѣ или другіе внутренніе органы, чѣмъ хуже питаніе и чѣмъ болѣе нервныя разстройства носятъ характеръ возбужденія, душевнаго (полная безсонница, тревожное душевное состояніе) и тѣлеснаго (гиперестезіи, боли и спазмодическіе припадки, какъ рвоты, сердцебіенія, несвободное и ускоренное дыханіе), тѣмъ болѣе идетъ вода теплая. Въ концѣ учебнаго года я отдаю обыкновенно двѣ лекціи клинической бальнеотерапіи, т.-е. бальнеотерапіи практическаго врача и тогда подробнѣе остановлюсь на предметѣ, котораго коснулся; но сказаннаго пока достаточно, чтобы видѣть, что нашему больному пригоднѣе прохладная (и потомъ холодная) вода, чѣмъ теплая. Одна изъ лучшихъ (если не лучшая) формъ приложенія холодной воды у больныхъ еще достаточно крѣпкихъ (какъ нашъ больной) есть вѣерообразный душъ высокаго давленія, приложенный на всю поверхность тѣла, кромѣ головы (на которую кладется холодная примочка). Поносъ не позволялъ до настоящаго времени прибѣгнуть къ такимъ душамъ, а потому пока употреблялись, изъ неаптечныхъ средствъ, общій массажъ и электричество.

Общій массажъ — далеко не такое вѣрное средство противъ неврастеніи, какъ гидротерапія: въ случаяхъ неврастеніи съ характеромъ возбужденія, съ истериформными симптомами, массажъ также непригоденъ, какъ и при чистой истеріи, а иногда и прямо неприложимъ (при значительной гиперестезіи). У нашего больнаго въ виду того, что преобладаютъ симптомы съ характеромъ слабости, что гиперестезіи ничтожны какъ по своей интенсивности, такъ и особенно по занимаемому ими протяженію, въ виду зябкости больнаго и

предписанной ему малой тѣлесной дѣятельности, слѣдовательно отчасти и для замѣны послѣдней, мы употребили общій массажъ и, какъ сказано, результатъ оправдалъ наши ожиданія.

Электричество, въ особенности статическое и гальваническое, бываетъ, какъ показалъ опытъ, полезно при неврастеніи, но далеко не всегда. Точныхъ показаній къ его употребленію нельзя дать: рѣшаетъ опытъ, полезно оно или нѣтъ и притомъ какое, статическое или гальваническое (или то и другое); мы испробовали статическое и, такъ какъ оно оказалось хорошо дѣйствующимъ на нервныя разстройства нашего больнаго, то и не мѣняли его.

Теперь, когда поносъ прекратился, кишечныя боли окончательно стихли и животъ сталъ безболѣзненъ, мы оставимъ массажъ и электричество и употребимъ души, въ началѣ 20°Р., а потомъ ниже.

Главныя аптечныя средства противъ неврастеніи—ляписъ, мышьякъ и желѣзо. Послѣднее пригодно, если при неврастеніи замѣчается и сильно выраженное малокровіе, что гораздо чаще бываетъ у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Нашему больному желѣзо не только не показуется,—потому что у него нѣтъ признаковъ малокровія,—а скорѣе противопоказуется, какъ средство, легко портящее аппетитъ и условливающее запоръ, которымъ и безъ того страдаетъ больной. Мышьякъ пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ неврастеніи, гдѣ одновременно аппетитъ плохъ и питаніе сильно пострадало; у нашего больнаго аппетитъ хотя и перемѣнчивъ, но большею частью очень хорошъ, питаніе пострадало еще мало, а только что кончившійся поносъ составляетъ противопоказаніе для мышьяка, легко вызывающаго поносы. Ляписъ особенно пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ неврастеніи, гдѣ преобладаютъ болѣзненныя явленія съ характеромъ слабости, какъ у нашего больнаго; онъ тоже нѣсколько крѣпитъ, но далеко не такъ сильно и не такъ постоянно, какъ желѣзо и вовсе не портитъ аппетита.

Изъ вышеизложеннаго видно, почему мы назначили нашему больному лаписъ.

Всегда ли при неврастеніи слѣдуетъ назначать одновременно два средства (или болѣе), какъ въ настоящемъ случаѣ примѣнены ляпись и гидротерапія? Конечно не всегда: въ случаяхъ умѣренно развитой и недавней неврастеніи у крѣпкихъ молодыхъ людей достаточно бываетъ,—особенно въ лѣтнее время, когда возможно долговременное пребываніе на воздухѣ,—соблюденія гигіены и одной гидротерапіи, напр. въ видѣ рѣчнаго, а тѣмъ болѣе морскаго купанья. Неврастенія нашего больнаго—довольно сильная и притомъ давнишняя, время года теперь—начинающаяся зима; притомъ больной думаетъ скоро отправиться на родину, гдѣ не будетъ имѣть возможности пользоваться такими сильными вѣерообразными душами высокаго давленія, какъ у насъ въ клиникѣ, а долженъ будетъ замѣнить ихъ такимъ же душемъ изъ ручнаго насоса, дѣйствующимъ, конечно, гораздо слабѣе; вотъ почему одновременно съ гидротерапіей назначенъ больному ляписъ.

Если названныя средства, хотя и лучшія противъ неврастеніи, будутъ дѣйствовать недостаточно скоро,—что весьма возможно въ данномъ случаѣ столь упорной неврастеніи,—будутъ недостаточно скоро устранять нѣкоторыя, особенно отяготительныя, болѣзненныя явленія, зависящія отъ неврастеніи и въ свою очередь поддерживающія ее, главнымъ образомъ плохой сонъ, то будемъ назначать, симптоматически, бромъ (15 грановъ бромистаго натрія въ случаѣ безсонницы) до тѣхъ поръ, пока главное лѣченіе (гидротерапія и ляписъ), которое можно назвать кореннымъ, не устранитъ прочно, вмѣстѣ съ остальными симптомами неврастеніи, и безсонницы. Бромистые препараты,—одни изъ лучшихъ (если не лучшія) снотворныхъ средствъ,—особенно показуются въ данномъ случаѣ еще и мрачно-безпокойнымъ настроеніемъ духа, а также и болѣзненно возбужденною половой сферой (похотливостью и наклонностью къ поллюціямъ). Долженъ приба-

вить, что бромъ, какъ и вообще симптоматическія и палліативныя средства, слѣдуетъ назначать крайне воздержно, какъ разъ въ мѣру дѣйствительной необходимости. Злоупотребленіе симптоматическими и палліативными средствами—вѣрный признакъ плохаго врача, или неумѣющаго понять, въ чемъ суть дѣла, и назначить коренное лѣченіе или, чаще, тяготящагося этимъ исполненіемъ своего долга.

Сердечныя явленія съ тѣхъ поръ, что больной успокоился за свое сердце и вообще чувствуетъ себя получше, настолько стихли, что не требуютъ особеннаго лѣченія.

Поносъ кончился, остались небольшія диспептическія явленія (иногда небольшая тяжесть и отрыжка) и запоръ. О лѣченіи запора—въ слѣдующій разъ.

Лекція 18-го ноября 1889.

Прежде чѣмъ говорить о лѣченіи желудочнокишечныхъ разстройствъ у неврастениковъ, коснусь вопроса о томъ, одна ли форма желудочной нервной диспепсіи, всегда ли послѣдняя бываетъ лишь въ такомъ видѣ, какъ у нашего больнаго.—Теоретическія попытки создать различныя, весьма многочисленныя формы нервной диспепсіи, полагая въ основаніе послѣднихъ предполагаемое повышеніе и пониженіе дѣятельности желудочныхъ нервовъ (чувствующихъ, движущихъ и секреторныхъ), не удались; но дѣйствительность показала, что бываютъ, по крайней мѣрѣ, двѣ формы нервной диспепсіи: одна, самая частая, — такая, какъ въ настоящемъ случаѣ (главные симптомы — тяжесть послѣ ѣды и отрыжка), замѣчаемая при неврастеніи съ характеромъ слабости; другая, болѣе рѣдкая, гдѣ главные припадки—сильныя боли въ сторонѣ желудка (настоящія кардіалгіи и гастралгіи) съ послѣдующей мучительной, сильно кислой отрыжкой и такой же рвотой, нерѣдко съ одновременными припадками сильной мигре-

ни. Эта послѣдняя форма замѣчается обыкновенно при неврастеніи съ характеромъ возбужденія. Лѣченіе, а отчасти и діэта при той и другой формѣ нервной диспепсіи неодинаковы.

Назначая діэту при нервной диспепсіи, слѣдуетъ, какъ объяснено по поводу перваго разсмотрѣннаго нами случая, руководствоваться, кромѣ общихъ физіологическихъ и діэтетическихъ соображеній, индивидуальностью даннаго случая. Вообще же въ случаяхъ чистой, неосложненной другими болѣзнями желудка нервной диспепсіи непригодна такая «деликатная» пища, какъ при катаррѣ желудка, скорѣе наоборотъ—пища, болѣе способная вызвать достаточное отдѣленіе желудочнаго сока; впрочемъ при вышеупомянутой второй формѣ нервной диспепсіи необходимо внимательное наблюденіе при назначеніи такой пищи. При этой послѣдней формѣ по всей вѣроятности и безъ того бываетъ усиленное отдѣленіе желудочнаго сока или, по крайней мѣрѣ, содержащейся въ немъ соляной кислоты; еще большее возбужденіе такого отдѣленія поведетъ къ усиленію изжоги и кислой отрыжки, болей подъ ложечкой и кислой рвоты. Кромѣ того, совѣтуя неврастеникамъ ѣсть хотя и не такъ часто и понемногу, какъ больнымъ съ катарромъ желудка, но все же не очень много за разъ, т.-е. не переѣдать, слѣдуетъ помнить, что именно неврастеники особенно способны впасть въ другую крайность не ѣсть достаточно, голодать и тѣмъ поддерживать, путемъ недостаточнаго питанія нервной системы, свою неврастенію.

Назначая діэту, слѣдуетъ также имѣть въ виду и запоръ, которымъ обыкновенно страдаютъ неврастеники (особенно вначалѣ; позднѣе часто присоединяется катарръ толстой кишки и тогда бываетъ то запоръ, то поносъ), слѣдуетъ для противодѣйствія запору разнообразить пищу и назначать, сколько возможно, пищу, непривычную больному: напр. у больныхъ, не пьющихъ воды, а только чай, нерѣдко запоръ устраняется питьемъ 2—3 полустакановъ воды, по полустакану утромъ на тощакъ и въ теченіе дня, за часъ или болѣе до принятія

пищи; у другихъ тоже бываетъ отъ замѣны утренняго чая—кофе (съ молокомъ) и притомъ некрѣпкимъ, но съ цикоріемъ,—у третьихъ отъ употребленія сыраго молока или простокваши, но безъ одновременной другой пищи, особенно *безъ хлѣба*,—отъ овощей (напр. отъ полстакана или стакана морковнаго сока утромъ натощакъ), ягодъ и фруктовъ, употребляемыхъ не вмѣстѣ съ другою пищей, а уже на болѣе или менѣе опорожненный желудокъ.

Лѣченіе желудочной нервной диспепсіи и запора начинается конечно лѣченіемъ общаго неврастеническаго состоянія. Затѣмъ тѣ же *неаптечныя* средства прилагаются и въ области пищеварительныхъ органовъ. При той формѣ диспепсіи, какъ у нашего больнаго, пригодны вышеописанные души (причемъ пускаютъ душъ на животъ нѣсколько долѣе, чѣмъ на другія части тѣла), массажъ живота, а также индуктивный и лабильный гальваническій токъ, прилагаемый прямо на животъ. При другой формѣ нервной диспепсіи (желудочныхъ боляхъ и кислой рвотѣ) названныя средства могутъ вызвать ожесточеніе болѣзненныхъ явленій, а пригодны теплыя ванны, статическое электричество («ванна» и «вѣтерокъ» на сторону желудка) и стабильный гальваническій токъ (одинъ электродъ подъ ложечку, а другой на ту или другую сторону шеи, въ мѣстѣ нахожденія блуждающаго и большаго симпатическаго нервовъ). Если одновременно съ нервной диспепсіей есть брюшныя страданія, вызывающія припадки болей и болѣзненность пораженныхъ частей (напр. печеночная и почечная колики, острый или полуострый катарръ желчныхъ и мочевыхъ путей, а также желудка и кишекъ), то тоже пригодны лишь теплыя ванны и, развѣ, франклинизація; души, массажъ, индуктивный и лабильный гальваническій токъ могутъ лишь ухудшить (и даже опаснымъ образомъ, напр. (души и массажъ) вызвавъ гематурію или сильное обостреніе піэлита) состояніе такихъ больныхъ.

Лаписъ, повидимому, можетъ быть пригоденъ равно при обѣихъ формахъ нервной диспепсіи. Горькія, особенно nux vomica, пригодны при той формѣ послѣдней, которая имѣется у нашего больнаго и непригодны при изжогѣ и кислой отрыжкѣ, желудочныхъ боляхъ и кислой рвотѣ, гдѣ они усиливаютъ эти симптомы, повидимому вслѣдствіе того, что еще болѣе возбуждаютъ и безъ того усиленное отдѣленіе желудочнаго сока или, по крайней мѣрѣ, его соляной кислоты. Такъ было во второмъ разсмотрѣнномъ нами случаѣ (Выпускъ 2-й, изд. 2-е, стр. 98). Точно также у такихъ больныхъ, если одновременно имѣется катарръ желудка и потому нужно бываетъ давать щелочную минеральную воду, напр. Эмскую, слѣдуетъ назначать послѣднюю послѣ ѣды, примѣрно черезъ часъ: тогда она хорошо переносится (вѣроятно потому, что вызванное ею отдѣленіе желудочнаго сока идетъ на пищевареніе), тогда какъ данная за часъ до принятія пищи вызываетъ изжогу, кислую отрыжку и даже боль подъ ложечкой.

Иногда запоръ быстро уступаетъ коренному, вышеизложенному лѣченію неврастеніи общей и желудочнокишечной; иногда же медленно и тогда нужно бываетъ прибѣгать къ временнымъ мѣрамъ, клистирамъ и, гораздо рѣже, слабительнымъ,—прежде всего настойчиво потребовавъ отъ больнаго, чтобъ онъ не задерживалъ позывовъ на низъ. Въ первомъ выпускѣ моихъ лекцій (изд. 2-е, стр. 16 и 17) приведены главныя указанія для правильнаго употребленія клистировъ. Прибавлю, что обыкновенно бываетъ достаточенъ клистиръ изъ 2—3 стакановъ воды около 20°Р. Ставить клистиръ всего лучше утромъ, послѣ перваго принятія пищи (особенно послѣ кофе) и прежде приступа къ обычнымъ занятіямъ, могущимъ ослабить и безъ того слабый позывъ на низъ. Поставивъ клистиръ, для однихъ лучше тотчасъ удовлетворять послѣдующему затѣмъ позыву на низъ, для другихъ лучше удержаться на нѣсколько минутъ: впередъ назначить невозможно, рѣшаетъ лишь опытъ. Страхъ привыкнуть къ клисти-

рамъ—неосновательнъ, если одновременно прилагаются всѣ терапевтическія и гигіеническія мѣры для лѣченія общей и желудочнокишечной неврастеніи.

Если клистиры недостаточно опорожняютъ кишки, то, пока коренное лѣченіе запора еще не достигло своей цѣли, приходится прибѣгать къ слабительнымъ. При изобиліи вновь рекомендуемыхъ слабительныхъ считаю пригоднымъ указать на тѣ, преимущества которыхъ мнѣ извѣстны по достаточному опыту: 1, *жженая магнезія* — легкое слабительное; 2, *kali tartaricum*—болѣе сильное; 3, *сѣрнокислый натръ* (Глауберова соль)—еще болѣе сильное (хорошо давать съ прибавленіемъ двууглекислой соды); 4, *ревенный порошекъ* одинъ или (при изжогѣ) пополамъ съ жженой магнезіей—умѣренно, но вѣрно дѣйствуетъ; 5, *сабуръ* (aloë)—можетъ быть, лучшее слабительное по вѣрности дѣйствія, близкаго притомъ къ нормальному послабленію и потому, что къ нему долго не привыкаютъ (лучшая формула: Rp. extr. rhei compositi, extr. aloës āā ʒβ. M. f. l. a. pilulae 20 v. 30. Consp. lycopodio); 6, *folia sennae*—хорошо и не сильно дѣйствуютъ въ *холодномъ* настоѣ (въ горячемъ скорѣе вызываютъ боли), который легко приготовить и дома; 7, *infusum sennae salinum* (т.-е. съ прибавкой глауберовой соли)—сильно дѣйствующее слабительное, особенно пригодное, когда нужно вѣрное и быстрое дѣйствіе, напр. при опасныхъ головныхъ припадкахъ (приливъ крови, грозящей апоплексіи), дается тогда каждый часъ по рюмкѣ (въ двѣ столовыхъ ложки) до дѣйствія; 8, *подофилинъ*, 9, *cascara sagrada* и 10, *cortex rhamni frangulae* очень пригодны, если нужно временно замѣнить ревень, сабуръ и folia sennae, къ которымъ больной привыкъ и которые поэтому перестали дѣйствовать; — 11, *каломель* — переносится пищеварительными органами, можетъ быть, легче всѣхъ слабительныхъ, особенно пригоденъ при болѣзняхъ желчевыхъ путей и острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ кишечнаго канала, но имѣетъ свои противопоказанія (о чемъ сказано достаточ-

но въ 1-мъ выпускѣ) и 12, *касторовое масло* — дѣйствуетъ вѣрно, но непригодно для частаго употребленія. Дозы слабительныхъ средствъ приблизительно указываются фармакологіей: въ каждомъ данномъ случаѣ слѣдуетъ индивидуализировать, начиная, если только нѣтъ спѣшныхъ, нудящихъ показаній, съ небольшаго пріема.

У нашего больнаго, судя по ходу его здоровья, повидимому недолго придется прибѣгать къ клистирамъ и врядъ-ли придется давать слабительныя; но бываютъ случаи, обыкновенно у людей пожилыхъ, гдѣ мышечный аппаратъ кишекъ находится не только въ состояніи астеніи, но уже и атрофіи, гдѣ имѣются одновременно болѣзненныя состоянія брюшныхъ и грудныхъ органовъ, абсолютно противопоказующія употребленіе гидротерапіи, массажа и электрическихъ токовъ, индуктивнаго и лабильнаго гальваническаго и гдѣ слабость больныхъ мѣшаетъ правильной гигіенѣ, напр. достаточному движенію: въ такихъ случаяхъ все дѣло врача въ умѣломъ одновременномъ употребленіи клистировъ и слабительныхъ, въ искусномъ выборѣ и внимательной смѣнѣ послѣднихъ.

У перваго разсмотрѣннаго нами больнаго пришлось лѣчить поносъ, у настоящаго—запоръ, у того и другаго сравнительно простые случаи поноса и запора. Иначе, конечно, лѣчится запоръ, смѣняющійся поносомъ при кишечной неврастеніи и одновременномъ хроническомъ, упорномъ катаррѣ толстой кишки (гдѣ—главное поле дѣйствія для систематическаго употребленія клистировъ, просто опорожняющихъ и лѣкарственныхъ—съ танниномъ, висмутомъ, борной кислотой и др.); иначе лѣчатся поносы при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ кишечнаго канала, при застоѣ крови въ воротной венѣ вслѣдствіе болѣзней печени, при неврозахъ (напр., при болѣзни Базедова); иначе лѣчатся запоры, если кромѣ нихъ имѣются другія болѣзненныя состоянія, брюшныя, грудныя и головныя. Вообще ставить вопросы «какъ лѣчить запоръ» и «какъ лѣчить поносъ» такъ же безсмысленно, какъ

спрашивать «какъ лѣчить кашель»: въ каждомъ данномъ случаѣ назначенію лѣченія должна предшествовать точная діагностика.

Обратимся къ больному, который сегодня оставляетъ клинику и уѣзжаетъ на родину.

За 11 дней, истекшіе съ тѣхъ поръ, что̀ мы видѣли больнаго въ послѣдній разъ, онъ принималъ горькія и ляписъ въ пилюляхъ (по $^1/_{20}$ грана дважды въ день), въ случаѣ нужды ставилъ водяные клистиры и ежедневно принималъ вѣерообразный душъ высокаго давленія въ началѣ 20°, а послѣдніе дни 18°Р., причемъ на животъ пускали душъ нѣсколько долѣе, чѣмъ на другія части тѣла. Души больной переносилъ очень хорошо: быстро согрѣвался и чувствовалъ себя бодрѣе послѣ душа. Четыре раза за это время пришлось давать больному бромистый натрій (15 грановъ на ночь): сонъ послѣ того бывалъ лучше.

Status. Больной, какъ вы слышите, заявляетъ, что ему много лучше противъ прежняго: аппетитъ хорошъ, диспептическія желудочныя явленія прошли, на низъ большею частью правильно, изрѣдка нуженъ бываетъ клистиръ, прежнія болѣзненныя ощущенія въ животѣ прошли; прежніе сердечные припадки почти не безпокоятъ больнаго; тѣлесныя силы хороши (больной уже началъ прогулки), но сонъ не постоянно хорошъ, а умственныя занятія еще вызываютъ головную боль, хотя и не сильную, и чувство утомленія.

Третьяго дня утромъ неловко вставши съ постели больной вдругъ почувствовалъ боль въ правой подвздошной сторонѣ. Изслѣдованіе показало, что причина боли—немного смѣщенная почка; когда послѣдняя была оттѣснена на свое мѣсто, боль стихла. Нѣтъ сомнѣнія, что почка была подвижна уже прежде (передъ появленіемъ боли больной не сдѣлалъ ничего такого, что могло бы смѣстить и сдѣлать подвижною дотолѣ нормально-твердо находившуюся на своемъ мѣстѣ почку), но удерживалась на своемъ мѣстѣ кишками, на-

ходившимися вслѣдствіе постояннаго запора въ состояніи значительнаго растяженія газами. Теперь, когда при правильномъ опорожненіи кишекъ метеоризмъ ихъ прошелъ (животъ не вздутъ), достаточно было незначительнаго повода, неловкаго движенія, чтобы смѣстить почку, уже бывшую подвижною. Впрочемъ смѣщеніе очень невелико и, по всей вѣроятности, дѣло обойдется безъ почечнаго бандажа, а достаточно будетъ широкаго пояса, носимаго отдѣльно или приспособленнаго къ нижнему платью. При движеніяхъ больной долженъ будетъ стягивать поясъ, а въ покоѣ распускать, потому что, иначе, постоянное стягиваніе живота въ мѣстѣ пояса усилитъ запоръ на низъ.

Совѣтъ больному: по выходѣ изъ клиники принимать ляписъ (который, какъ видно, у больнаго не усиливаетъ запора) еще мѣсяцъ, понемногу увеличивая пріемъ (первыя двѣ недѣли по три пилюли ежедневно, другія двѣ—по четыре, а послѣдніе дни убавлять ежедневно по пилюлѣ) и продолжать еще шесть недѣль вѣерообразный душъ изъ ручнаго насоса, постепенно понижая температуру до 16°Р.; къ бромистому натрію прибѣгать какъ можно рѣже и въ случаѣ нужды ставить клистиръ.

О гигіеническомъ наставленіи уже сказано.

ЧЕТВЕРТЫЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 24 ноября 1889.

Больной, о которомъ будетъ рѣчь, за все время своего пребыванія въ клиникѣ былъ такъ слабъ и страдалъ такими мучительными припадками, что о переносѣ его изъ палаты и разборѣ въ аудиторіи нельзя было и думать. Впрочемъ не только кураторы больнаго были вполнѣ ознакомлены съ его состояніемъ и нашимъ мнѣніемъ о послѣднемъ, но и большинство изъ васъ, если не всѣ, видѣли, посѣщая палаты, все то, что можно было бы демонстрировать большой аудиторіи: главнымъ образомъ изнуренный и кахектическій видъ больнаго и припадки мучительной рвоты, которыми онъ страдалъ; а потому въ интересѣ случая остановлюсь на немъ.

Больной, отставной военный, 59 лѣтъ, поступилъ въ клинику, жалуясь на давящую боль подъ ложечкой, изжогу, отрыжку тухлыми яйцами, рвоту и постоянную мучительную тошноту (заставляющую его иногда вызывать рвоту искусственно, раздражая зѣвъ щекотаніемъ), а также на похуданіе и слабость.

Анамнезъ и образъ жизни. Больной съ молодости провелъ почти всю жизнь на Кавказѣ, гдѣ часто страдалъ болотною лихорадкой (маляріей) и много лѣчился хининомъ. За послѣдніе 10 лѣтъ больнаго постоянно крѣпило, и часто бывала у

него послѣ ѣды, небольшая тяжесть подъ ложечкой и отрыжка, мало его безпокоившія. Въ остальномъ до послѣдняго (1889) лѣта больной, при крѣпкомъ сложеніи и покойномъ житьѣ въ хорошихъ условіяхъ не могъ ни на что пожаловаться. Главная неправильность его образа жизни состояла въ недостаткѣ движенія, въ постоянномъ сидѣньи (за чтеніемъ, письмомъ и отчасти за картами) при весьма хорошемъ столѣ и довольно значительномъ употребленіи спиртнаго (ежедневно—2—3 рюмки водки, стакана 2 мѣстнаго кавказскаго вина и чай съ коньякомъ). Въ іюнѣ больной перенесъ обычную малярію, которая скоро прошла отъ хинина, но послѣ которой обычные желудочные симптомы, тяжесть и отрыжка послѣ ѣды стали усиливаться и сопровождаться другими—изжогой и тошнотой; запоръ на низъ сталъ упорнѣе. До половины августа состояніе больнаго было еще сносное и онъ не лѣчился. Съ того же времени пошло быстрое ухудшеніе: аппетитъ пропалъ, чувство тяжести подъ ложечкой смѣнилось давящей болью, отрыжка (уже вонючая, тухлыми яйцами) и изжога усилились, больнаго стало рвать, тошнота сдѣлалась мучительной и заставляла больнаго вызывать рвоту и искусственно; больной сталъ худѣть и слабѣть. Тогда онъ обратился къ врачу. Лѣченіе (сначала соляная кислота, потомъ горькія (condurango и nux vomica) и вода Виши по полстакана три раза въ день, затѣмъ промыванія желудка) облегчало мало и не надолго; желудочные симптомы усиливались, а питаніе и силы падали съ возрастающей быстротой, и въ такомъ состояніи больной поступилъ въ нашу клинику.

Клиническое наблюденіе показало слѣдующее. Нервная система въ нормальномъ состояніи (даже, какъ показалъ разспросъ, и неврастеніей больной никогда не страдалъ), органы дыханія—тоже. Признаки артеріосклероза: артеріи жестковаты, небольшой систолическій шумъ на грудинѣ и умѣренное увеличеніе лѣваго желудочка (толчокъ сердца всего яснѣе ощущается въ сосочковой линіи); пульсъ учащенъ и

слабовать; температура тѣла понижена, крайнее похуданіе. Моча содержитъ немного сахара (1%) и бѣлка. Какъ оказалось изъ разспроса, ясно выраженныхъ явленій сахарнаго діабета (сильной жажды и такого же аппетита) никогда не было. Въ печени, селезенкѣ и почкахъ ничего ненормальнаго, при объективномъ изслѣдованіи, не замѣтно. Сифилиса у больнаго не было.

Органы пищеваренія. Всѣ вышеназванные симптомы, прогрессировавшіе до поступленія больнаго въ клинику, продолжали быстро возрастать (при столь же быстромъ упадкѣ силъ): почти уже съ первыхъ дней больной пересталъ удерживать и принимавшуюся имъ въ ничтожномъ количествѣ пищу и лѣкарства (немного Эмской воды и кондуранго, t-ra valer. aether., морфій). Пища выводилась совершенно непереваренная. Выводимое рвотою, какъ оказалось изъ неоднократнаго изслѣдованія, содержало, кромѣ непереваренной пищи, очень мало слизи, крайне мало (0.33 на 1.000) соляной кислоты и, обыкновенно, желчь; крови ни разу не было. Подложечная сторона была слегка вздута и слегка чувствительна (опухоли въ животѣ нигдѣ не прощупывалось). Сдѣланное въ первый же день промываніе желудка растворомъ соды произвело лишь ничтожное облегченіе желудочныхъ симптомовъ, а второе промываніе (на другой день) не дало и того. Клистиръ выводилъ небольшое количество сухихъ испражненій.

Говоря о распознаваніи, остановлюсь лишь на органахъ пищеваренія; объ остальномъ скажу кратко. О значеніи ненормальныхъ явленій въ органахь кровеобращенія уже сказано. Постоянное присутствіе бѣлка въ мочѣ, хотя цилиндры и не встрѣчались, зависитъ всего скорѣе, отъ небольшаго интерстиціальнаго нефрита, такъ называемаго *старческаго*, столь обыкновенно сопровождающаго артеріосклерозъ у старыхъ людей. Упадокъ питанія и силъ, конечно слѣдуетъ считать послѣдствіемъ болѣзни пищеварительныхъ органовъ, а не діабета, ясно выраженныхъ признаковъ котораго никогда

не было и % сахара ничтоженъ. Обстоятельно разсмотрѣть значеніе симптомовъ и распознаваніе артеріосклероза, нефритовъ и сахарнаго мочеизнуренія будетъ время впереди, на болѣе подходящихъ для того случаяхъ, гдѣ эти страданія будутъ играть главную роль.

Какая болѣзнь органовъ пищеваренія у нашего больнаго? Прежде всего—очевидно желудка. Что же именно? О *нервной диспепсіи* не можетъ быть и рѣчи; не говоря уже о томъ, что врядъ ли когда нервная диспепсія можетъ довести до такого состоянія, въ какомъ находится нашъ больной, нѣтъ никакихъ указаній на нее: и больной никогда не страдалъ общей неврастеніей, и желудочные симптомы не имѣютъ главнаго характера нервной диспепсіи—измѣнчивости, напротивъ, они крайне постоянны. Нѣтъ ли у больнаго *обыкновеннаго катарра желудка*? Чтобы вызвать желудочные симптомы въ такой степени, какъ у нашего больнаго, катарръ долженъ бы быть крайне развитъ, а слѣдовательно и слизи было бы много, тогда какъ ея очень мало. *Язвы желудка*, очевидно, тоже нѣтъ, потому что нѣтъ свойственныхъ ей приступовъ острыхъ болей (кардіалгіи) и рвотой не выводится крови.

У больнаго прежде всего—*атрофическій катарръ желудка*, атрофія желудочныхъ желѣзъ; объ этомъ свидѣтельствуютъ выводимая непереваренною пища и крайнее уменьшеніе количества соляной кислоты (0.33 на 1.000 вмѣсто средненормальнаго 2.0 на 1.000). Но атрофическій катарръ желудка обыкновенно замѣчается при другихъ болѣзняхъ, ведущихъ къ истощенію, маразму организма. О какой таковой болѣзни всего скорѣе можно думать въ настоящемъ случаѣ? О ракѣ, потому что больной, 4 или 5 мѣсяцевъ назадъ бывшій въ обычномъ ему за послѣднія 10 лѣтъ состояніи почти полнаго здоровья и даже цвѣтущаго питанія, въ такое короткое время дошелъ до крайняго маразма: изъ хроническихъ болѣзней, ведущихъ къ маразму, злокачественнымъ новообразованіямъ особенно свойственно такое быстрое теченіе. Отсут-

ствіе признаковъ другихъ хроническихъ болѣзней, могущихъ вести къ маразму (напр. застарѣлаго сифилиса, туберкулеза и пр.) и возрастъ больнаго тоже говорятъ въ пользу рака. Мѣсто послѣдняго, въ виду неудержимой рвоты,—скорѣе всего предположить (опухоли нигдѣ не прощупывается) въ выходѣ (pylorus) желудка, хотя почти постоянное присутствіе желчи въ выводимомъ рвотою нѣсколько говоритъ противъ затрудненнаго прохода въ этомъ мѣстѣ. Противъ рака поджелудочной железы говоритъ нѣкоторымъ образомъ отсутствіе застойной желтухи, которую при ракѣ этого органа, настолько значительномъ, чтобы сдавить двѣнадцатиперстную кишку, можно было бы ожидать вслѣдствіе давленія раковой опухоли на ductus choledochus (не говоря уже о возможномъ асцитѣ отъ давленія той же опухоли на воротную вену). Точныхъ признаковъ рака поджелудочной железы, которые получались бы отъ вліянія прекращенной функціи этого органа на пищевареніе, и вообще нѣтъ, а въ данномъ случаѣ, когда все, вводимое въ желудокъ, извергается обратно, и быть не можетъ.

Лѣченіе, при невозможности вводить что-либо въ желудокъ и быстромъ приближеніи къ смертному исходу, могло состоять лишь изъ питательныхъ клистировъ (2—3 сырыхъ яйца съ прибавкой воды и поваренной соли, всей массы около стакана, температуры около 30°Р.), къ которымъ прибавляли капель восемь опійной тинктуры, чтобы клистиръ лучше удерживался, и дессертную ложку коньяку въ качествѣ возбуждающаго; при крайне мучительной рвотѣ дѣлались иногда подкожныя впрыскиванія морфія ($^1/_8$ грана заразъ).

Больной скончался на 13-й день своего пребыванія въ клиникѣ. *Вскрытіе* показало: склерозъ артерій, въ томъ числѣ и аорты; лѣвый желудочекъ расширенъ, стѣнки его дряблы и блѣдны, но мѣстами представляютъ еще слѣды гипертрофіи;

умѣренный интерстиціальный нефритъ, печень, селезенка и поджелудочная желѣза не представляютъ никакихъ измѣненій; катарръ и атрофія почти всей слизистой оболочки желудка (она очень утончена и совершенно гладка, ея поверхность не представляетъ нормальнаго сочковаго вида, surface mamelonnée), мышечная оболочка желудка тоже атрофирована; двѣнадцатиперстная кишка съужена въ своей нижней трети настолько, что едва пропускаетъ обыкновенный карандашъ; на внутренней поверхности задней стѣнки кишки въ этомъ мѣстѣ раковая язва,—величиною въ двугривенный,—на раковой опухоли кишечной стѣнки, величина опухоли—съ грецкій орѣхъ; сосѣднія брыжжеечныя железы представляютъ рядъ раковыхъ метастазовъ.

Итакъ на четырехъ разсмотрѣнныхъ нами больныхъ вамъ пришлось встрѣтить, кромѣ многихъ другихъ страданій, главныя формы болѣзней желудка: чистую нервную диспепсію (въ третьемъ случаѣ),—чистый хроническій катарръ желудка (въ первомъ),—одновременно (во второмъ) хроническій катарръ, язву и расширеніе желудка, еще и съ явленіями нервной диспепсіи, гдѣ, однако, несмотря на совмѣстное существованіе нѣсколькихъ болѣзней желудка, возможно было распознать каждую изъ нихъ,—и, наконецъ, атрофическій катарръ желудка и ракъ если не выхода этого органа, то сходный съ нимъ по симптомамъ ракъ двѣнадцатиперстной кишки.

ПЯТЫЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 7-го декабря 1890.

Больной, крестьянинъ 50 лѣтъ, поступилъ въ клинику 24-го прошлаго ноября, жалуясь на боль въ надчревной сторонѣ и въ правомъ подреберьи, на желтуху, похуданіе и общую слабость.

Анамнезъ и образъ жизни. До 20-лѣтняго возраста больной жилъ въ деревнѣ, а съ тѣхъ поръ въ Москвѣ—дворникомъ. Помѣщеніе сносное. Лѣтомъ купается, въ другое время года еженедѣльно ходитъ въ баню и парится. Пьетъ много горячаго чаю, водку—послѣдній годъ умѣренно, а прежде бывали излишества. Пища—обыкновенная рабочаго человѣка. Занятія свои, до болѣзни, не находилъ утомительными. Женатъ и имѣлъ много дѣтей.

На 9-мъ году больной перенесъ оспу, на 21-мъ какую-то лихорадочную болѣзнь, послѣ которой совершенно поправился, и былъ здоровъ до прошлаго августа. Сифилиса у больнаго не было. Въ прошломъ маѣ больной перенесъ сильное огорченіе. Въ прошломъ августѣ появились боли въ надчревной сторонѣ и въ правомъ подреберьи, аппетитъ уменьшился и стало крѣпить на низъ. Три недѣли назадъ (въ началѣ ноября) появилась желтуха и больной сталъ замѣтно худѣть и слабѣть. Въ клиникѣ больнаго продолжало крѣпить (черезъ

день или два выходило немного сухихъ, совершенно не окрашенныхъ желчью испражненій) и животъ былъ вздутъ. 30-го ноября дали больному 7 порошковъ каломеля, по грану каждый (первые 5 черезъ часъ, а послѣдніе 2 черезъ два): немного прослабило слегка окрашенными желчью, но не характерными для каломеля испражненіями; больной послѣ того не ослабѣлъ, но и не почувствовалъ никакого облегченія (боли остались прежними). Помимо каломеля больной принималъ ежедневно (кромѣ 30-го ноября) три раза по полустакану теплой Эмской воды, разъ или два (при усиленіи болей) по $^1/_4$ грана кодеина и, за весь день, ложки 4 столовыхъ крѣпкаго вина (пульсъ постоянно былъ слабоватъ). Такъ какъ температура по вечерамъ поднималась до 38,5° то иногда давали хининъ (5 грановъ на пріемъ, разъ въ день), повидимому нѣсколько уменьшавшій лихорадку. Кромѣ того иногда дѣлали теплыя ванны, нѣсколько уменьшавшія боли и зудъ кожи.

Status. Больной хорошаго сложенія, очень похудѣлъ; сильная желтуха кожи и склеръ. Аппетитъ очень плохъ. Диспептическихъ явленій почти нѣтъ, лишь небольшая тяжесть послѣ ѣды: постоянной и тягостной отрыжки, изжоги, тошноты и рвоты не было и нѣтъ. Боли въ надчревной сторонѣ и въ правомъ подреберьи послѣ ѣды не усиливаются, но усиливаются отъ давленія на болящія мѣста. Животъ вздутъ. Печень увеличена и чувствительна при давленіи, но неровностей и явныхъ бугровъ не представляетъ; желчный пузырь растянутъ до величины значительной опухоли, но почти нечувствителенъ при давленіи. Селезенка немного увеличена. На низъ крѣпитъ: послѣ каломеля ставились черезъ день водяные клистиры, выводившіе немного, совершенно неокрашенныхъ желчью, испражненій. Моча сильно желтушна, бѣлка и сахара не содержитъ. Артеріи жестковаты, пульсъ частъ и слабоватъ. Органы дыханія не представляютъ ничего ненормальнаго. Больной, какъ сказано, лихорадитъ: температура по

вечерамъ отъ 37,5^0 до 38,5. Сонъ плохъ, иногда бываютъ головокруженія, зудъ кожи.

Распознаваніе. Болѣзненный процессъ, развивающійся у человѣка немолодаго, близкаго къ старости, но крѣпкаго сложенія и дотолѣ здороваго,—особенно же развивающійся послѣ сильнаго огорченія,—и быстро приводящій больнаго къ крайнему упадку питанія и силъ,—обыкновенно ракъ (вообще злокачественное новообразованіе), рѣже—сахарное мочеизнуреніе. У нашего больнаго нѣтъ ни діабета, ни другаго болѣзненнаго процесса (кромѣ рака), который могъ бы объяснить его тяжелое состояніе. О сифилитической гуммѣ, сдавливающей ductus choledochus, нечего и думать: не только больной отрицаетъ инфекцію, но и абсолютно не представляетъ никакихъ признаковъ сифилиса (къ тому же у жены его было 11 родовъ и ни одного выкидыша). Гипертрофическій желчевой циррозъ и многокамерный эхинококкъ печени, о которыхъ могла бы придти мысль по поводу увеличенія печени и желтухи, исключаются, помимо другихъ соображеній, по своему гораздо болѣе медленному теченію. Остается ракъ. Какого органа? Очевидно — не желудка, потому что во первыхъ не только нѣтъ бурныхъ, но даже и никакихъ желудочныхъ симптомовъ, а вовторыхъ явно сдавленъ ductus choledochus (испражненія совершенно не окрашены желчью, желтуха, желчный пузырь крайне растянутъ), слѣдовательно раковая опухоль должна находиться около него.

Очевидно, что скорѣе всего слѣдуетъ думать о раковой опухоли на нижней поверхности печени (въ porta hepatis) или о ракѣ поджелудочной железы. По поводу предыдущаго случая уже было сказано, что вѣрныхъ признаковъ рака pancreatis, помимо опухоли въ мѣстѣ ея, нѣтъ: таковой опухоли у нашего больнаго не прощупывается. Противъ рака печени говоритъ (хотя и не абсолютно) то обстоятельство, что на ея доступной ощупыванію части не замѣчается ни явныхъ бугровъ, ни неровностей и то, что чувствительность ея не-

велика и притомъ совершенно равномѣрна вездѣ, не сильнѣе на нѣкоторыхъ мѣстахъ. Такая чувствительность и вмѣстѣ увеличенiе печени вполнѣ объясняются уже однимъ застоемъ желчи въ этомъ органѣ и растяженiемъ его капсулы.

Предсказанiе—понятно.

Лѣченiе. Несмотря на невѣроятность такого процесса въ желчевыхъ путяхъ у нашего больнаго, на который лѣченiе могло бы подѣйствовать, вначалѣ все-таки сдѣлана была попытка къ тому (каломель и эмсъ), не давшая никакого результата. За симъ остается лишь поддерживать силы больнаго и облегчать особенно тягостные для него симптомы; средства къ тому названы выше.

Изъ лекцiи 18 января 1891.

Состоянiе больнаго постоянно ухудшалось и 16 января онъ скончался; въ послѣднiе два дня жизни замѣчались поразительное паденiе пульса и силъ и крайняя блѣдность.

Сдѣланное сегодня вскрытiе показало: ракъ поджелудочной железы, изъязвившiйся въ двѣнадцатиперстную кишку и условившiй сильное кровотеченiе; кишки (кромѣ S romanum и прямой) наполнены кровяными сгустками; ductus choledochus выше мѣста сдавленiя и всѣ другiе желчные протоки сильно растянуты, такъ же какъ и желчный пузырь (послѣднiй—до величины страусоваго яйца).

ШЕСТОЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 25-го октября 1889.

Больной, крестьянинъ 29 лѣтъ, поступилъ въ клинику 20-го октября, жалуясь на желтуху, слабость и боли во всемъ животѣ, особенно же въ правомъ подреберьѣ; захворалъ, по его словамъ, за недѣлю до поступленія въ клинику.

Анамнезъ и образъ жизни. Больной происходитъ изъ здоровой семьи, до 22 лѣтъ жилъ въ деревнѣ, затѣмъ былъ въ военной службѣ, а послѣдніе 2 года, состоя въ запасѣ, живетъ въ Москвѣ. Помѣщеніе изрядное, отхожее мѣсто холодное. Живя въ Москвѣ, не купается (прежде купался и при этомъ чувствовалъ себя особенно хорошо); часто ходитъ въ баню и пьетъ довольно горячаго чаю, потливъ. Раза два въ недѣлю выпиваетъ рюмки по три водки. Порядокъ ѣды: утромъ чай съ хлѣбомъ, обѣдъ и ужинъ. Столъ хорошій (постомъ—рыба), но больной очень занятъ (наблюдаетъ за отправкой товара и провожаетъ нагруженные послѣднимъ воза), такъ что часто обѣдаетъ не дома, не во время и чѣмъ придется (колбасой, соленой рыбой и др.). По причинѣ же занятій больной часто не досыпаетъ. За послѣдніе два года у больнаго много непріятностей частью отъ весьма отвѣтственныхъ занятій, частью отъ семейныхъ огорченій. Больной холостъ, венерическихъ болѣзней не имѣлъ.

При такихъ данныхъ, конечно, нельзя было положиться на слова больнаго, отвѣтившаго на первый вопросъ, что онъ до настоящей болѣзни ничѣмъ не хворалъ. Дѣйствительно, разспросъ о состоянiи больнаго, объ отправленiяхъ его организма непосредственно передъ настоящимъ заболѣванiемъ показалъ, что хотя аппетитъ, пищеваренiе, мочеотдѣленiе, дыханiе и кровеобращенiе были совершенно нормальны, но что больной за время житья въ Москвѣ, несмотря на лучшiя противъ прежняго помѣщенiе и пищу, похудѣлъ и сталъ настроенъ менѣе бодро и весело, сдѣлался впечатлителенъ и раздражителенъ («сталъ все близко принимать къ сердцу»); кромѣ того съ 1-го октября, т.-е. недѣли за двѣ до настоящаго заболѣванiя стала по временамъ, всего чаще при ѣздѣ по мостовой (провожая товаръ, больной иногда садился на телѣгу), показываться боль въ правомъ подреберьѣ (больной прямо указалъ на мѣсто желчнаго пузыря).

13-го октября больной поѣлъ жирныхъ щей съ бѣлужиной и въ тотъ же день, долго оставаясь на воздухѣ, сильно прозябъ; вечеромъ почувствовалъ боль подъ ложечкой и слабость. На другой день боль сильнѣе, а аппетитъ меньше, на третiй пожелтѣли бѣлки глазъ. 16-го октября больной поѣлъ жирной солянки изъ почекъ и запилъ холоднымъ пивомъ. Въ тотъ же день появились сильныя боли около пупка и поносъ, что продолжалось и слѣдующiй день. 18-го октября боли около пупка уменьшились и поносъ прекратился, но боли въ правомъ подреберьѣ усилились и потемнѣла моча. 20-го октября больной поступилъ въ клинику. За послѣднiе дни у больнаго ежедневно по разу выходило немного сухихъ, вонючихъ, совершенно неокрашенныхъ желчью испражненiй.

21-го октября дали больному 7 грановъ каломеля (въ порошкахъ, по грану черезъ часъ): больнаго хорошо слабило 21-го и 22-го — обильными и характерными для каломеля (темно-зелеными) испражненiями, послѣ чего боли около пупка совершенно прошли, а въ правомъ подреберьѣ уменьшились,

моча посвѣтлѣла, облегчилась дотолѣ тяжелая голова и появился аппетитъ. 23-го дали больному $^1/_2$ стакана теплой натуральной Карлсбадской воды (источникъ Мюльбрунъ) за часъ до обѣда, а 24-го два $^1/_2$ стакана, одинъ—за часъ до обѣда, другой—за часъ до ужина. Вчера, 24-го, отъ 5 до 7 часовъ вечера, у больнаго былъ сильный припадокъ боли въ правомъ подреберьѣ и подъ правой лопаткой и одновременно температура, бывшая до того нормальной, поднялась до 38,5°.

Status. Температура еще 37,6°, но больной, какъ вы слышите, заявляетъ, что чувствуетъ себя много лучше, чѣмъ до поступленія. Аппетитъ очень хорошъ, но больной получаетъ пока немного пищи. Диспептическихъ явленій нѣтъ; на низъ вчера, послѣ клистира, вышло достаточно замѣтно окрашенныхъ желчью испражненій. Моча много свѣтлѣе, чѣмъ была, но еще содержитъ, какъ показываетъ изслѣдованіе, желчный пигментъ и желчныя кислоты; бѣлка и сахара не содержитъ. Животъ (все время съ поступленія въ клинику завязанный фланелью) болѣзненъ лишь въ мѣстѣ желчнаго пузыря и не вздутъ. Печень слегка увеличена, желчный пузырь не ощупывается. Въ сторонѣ селезенки и почекъ—ничего ненормальнаго. Органы дыханія и кровеобращенія въ нормальномъ состояніи. Спитъ больной вообще лучше, чѣмъ до поступленія въ клинику, но все еще не совсѣмъ хорошо, частью отъ болей въ животѣ, частью, когда послѣднихъ и нѣтъ, прямо отъ безсонницы (думаетъ о своей болѣзни). О нѣсколько мрачномъ и раздражительномъ настроеніи духа больнаго упомянуто въ анамнезѣ.

Распознаваніе. Кромѣ легкихъ нервныхъ симптомовъ,—на значеніи которыхъ, послѣ того, что мною было сказано по поводу перваго и третьяго случая о неврастеніи, останавливаться не буду, — у больнаго замѣчаются теперь лишь признаки пораженія желчевыхъ путей: желтуха, болѣзненность при давленіи и боли въ сторонѣ желчнаго пузыря—постоянныя несильныя и, временами, очень сильныя, острыя, въ формѣ рѣзко

очерченныхъ приступовъ. За недѣлю до поступленія въ клинику у больнаго были желудочно-кишечныя разстройства (потеря аппетита, кишечныя боли и поносъ), быстро, въ двое сутокъ, прошедшія. До того времени аппетитъ и пищевареніе были вполнѣ нормальны и послѣ того аппетитъ быстро возстановился, диспептическихъ явленій нѣтъ, кишечныя боли прошли и собственно нѣтъ никакихъ кишечныхъ симптомовъ: если больнаго крѣпитъ и испражненія не окрашены желчью, то это зависитъ отъ малаго количества пищи и задержки желчи, т.-е. отъ пораженія желчныхъ путей, которое оказывается болѣе стойкимъ болѣзненнымъ состояніемъ, чѣмъ быстро прошедшія желудочно-кишечныя разстройства. Было бы поэтому ошибочно счесть настоящій случай за желудочно-кишечный катарръ, распространившійся на желчные пути: врядъ ли упомянутыя быстро прошедшія желудочно-кишечныя разстройства происходили отъ сколько-нибудь стойкаго желудочно-кишечнаго катарра; а пораженіе желчевыхъ путей, повторяю, оказывается весьма стойкимъ. Къ тому же признаки его,—боли въ сторонѣ желчнаго пузыря,—показались еще за двѣ недѣли до упомянутыхъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ, въ то время, когда аппетитъ и пищевареніе были еще вполнѣ нормальны. Очевидно, что болѣзнь желчевыхъ путей была уже прежде названныхъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ и только усилилась послѣ нихъ.

Какая же болѣзнь желчевыхъ путей у нашего больнаго? При вашихъ свѣдѣніяхъ въ частной патологіи внутреннихъ органовъ и послѣ того, что было мною сказано о камняхъ въ желчномъ пузырѣ по поводу перваго разсмотрѣннаго нами случая, вы вѣроятно уже заключили, что у нашего больнаго камни въ желчномъ пузырѣ и не ошиблись: у больнаго дѣйствительно эта болѣзнь, хотя не въ крайнемъ развитіи, но со всѣми характерными ея симптомами,—болѣзнь весьма важная, потому что такъ часто встрѣчается, легко излѣчивается при правильной терапіи и гигіенѣ, а въ противномъ случаѣ

разстроиваетъ здоровье и можетъ вести къ опасности. Считаю нужнымъ по этому остановиться на значенiи ея симптомовъ, ея дiагностикѣ и терапiи.

Отъ чего образуются желчные камни? Всѣ согласны въ томъ, что этому способствуетъ вялое движенiе желчи по желчевымъ путямъ. Этимъ объясняютъ частоту желчныхъ камней у женщинъ (ношенiе узкаго корсета и беременности ограничиваютъ движенiя дiафрагмы, способствующiя ходу желчи по ея путямъ и поступленiю въ кишки) и у людей, ведущихъ сидячую жизнь (причемъ тоже движенiя дiафрагмы не такъ свободны и значительны, какъ при подвижномъ, физически дѣятельномъ образѣ жизни). Далѣе полагали, что причина образованiя желчныхъ камней лежитъ въ выдѣленiи желчи измѣненнаго (противъ нормы) качества; но точныя изслѣдованiя не подтвердили этого предположенiя. Съ большимъ правомъ полагаютъ теперь, что желчные камни образуются въ желчи, нормально отдѣленной, отъ влiянiя причинъ, идущихъ изъ кишечнаго канала и вызывающихъ осажденiе холестерина, желчныхъ пигментовъ и известковыхъ солей (главныхъ составныхъ частей желчныхъ камней). Причины эти (всего болѣе предполагаются микробы, столь обильные и разнообразные въ кишечномъ каналѣ) по однимъ вызываютъ катарръ желчевыхъ путей и желчнаго пузыря, затрудняющiй ходъ желчи и, своими продуктами, условливающiй измѣненiе этой жидкости, образованiе изъ нея упомянутыхъ осадковъ, по другимъ—прямо, сами вызываютъ измѣненiя желчи и ея осадки. Всѣ эти предположенiя нуждаются въ дальнѣйшихъ изслѣдованiяхъ и подтвержденiяхъ.

Клиника въ томъ отношенiи согласна съ названными предположенiями, что подтверждаетъ частоту одновременнаго существованiя желчныхъ камней и катарра желчевыхъ путей (причемъ не слѣдуетъ забывать, что раздраженiе послѣднихъ камнями можетъ повести и къ послѣдовательному катарру ихъ): постоянная чувствительность, а иногда и прямо болѣзненность при давленiи въ мѣстѣ желчнаго пузыря и частая жел-

туха — характерные симптомы желчныхъ камней. Особенно же характернымъ симптомомъ этой болѣзни считаются приступы *печеночной колики*, — острой, иногда крайне жестокой боли, которая быстро развивается и черезъ извѣстное время также быстро проходитъ. На описанiи всего приступа печеночной колики, извѣстномъ вамъ изъ частной патологiи, не стану останавливаться. Приступы печеночной колики считаются невральгiей печеночнаго сплетенiя можетъ быть при одновременномъ тоническомъ спазмѣ желчнаго пузыря. Полагаютъ, что эти приступы вызываются прохожденiемъ камней по узкимъ частямъ желчныхъ путей и слѣдовательно раздраженiемъ послѣднихъ; но, какъ увидимъ ниже, врядъ ли можно думать, чтобы всегда такъ было. Я сказалъ, что особенно характернымъ симптомомъ желчныхъ камней считаются приступы печеночной колики; но было бы большою ошибкой думать, что послѣднiе всегда бываютъ при этой болѣзни, что если ихъ нѣтъ, то, слѣдовательно, нѣтъ и желчныхъ камней. Напротивъ, очень часто встрѣчаются случаи этой болѣзни, гдѣ нѣтъ приступовъ острой боли, т.-е. печеночной колики, а замѣчается лишь постоянная умѣренная боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, на которую или прямо жалуется больной или которая обнаруживается лишь при изслѣдованiи, при давленiи. Иногда въ такихъ случаяхъ, въ дальнѣйшемъ теченiи ихъ, наблюдается и появленiе приступовъ печеночной колики, иногда же нѣтъ. Такiе случаи также уступаютъ обычному лѣченiю желчныхъ камней, какъ и случаи съ приступами печеночной колики. Можно сказать, что если приступы печеночной колики — особенно характерный симптомъ желчныхъ камней, то самый частый, самый постоянный симптомъ этой болѣзни есть постоянная боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, усиливающаяся при давленiи *).

*) Въ статьѣ о каломелѣ (1-й выпускъ моихъ лекцiй, изд. 2-е стр. 130—131) подробно объяснена важность постоянной боли и болѣзненности при давленiи въ мѣстѣ желчнаго пузыря, какъ симптомовъ желчныхъ камней.

Какъ видно, у нашего больнаго явные признаки желчныхъ камней и катарра желчевыхъ путей. И теперь есть боль въ мѣстѣ желчнаго пузыря, усиливающаяся при давленіи, а при поступленіи въ клинику была сильнѣе. Вчера былъ довольно сильный приступъ печеночной колики, а легкіе, какъ видно изъ анамнеза, стали бывать уже съ начала октября. Развившаяся же при незначительномъ и быстро прошедшемъ желудочнокишечномъ разстройствѣ сильная желтуха (совершенное непоступленіе желчи въ кишки при пріемѣ больнаго въ клинику) свидѣтельствуетъ, что уже до этого разстройства былъ катарръ желчевыхъ путей, достаточно сильный, чтобы такъ обостриться по незначительному поводу.

Нѣкоторые полагаютъ необходимымъ для діагностики желчныхъ камней отыскиваніе вышедшаго камня въ испражненіяхъ. Я считаю такое отыскиваніе,—для практики,—празднымъ занятіемъ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, къ которымъ относится и настоящій, діагностика легка, не представляетъ никакихъ затрудненій. Въ рѣдкихъ случаяхъ затруднительной діагностики нахожденіе камня въ испражненіяхъ во 1-хъ столь случайно, такъ часто неудается, что на него нельзя разсчитывать, а во 2-хъ, если и удается, то мало помогаетъ дѣлу. Коснемся такихъ, вообще представляющихъ интересъ, случаевъ затруднительной діагностики.

Приходится иногда рѣшить, что у больнаго—желчные камни или ракъ печени? Дѣло идетъ обыкновенно о больныхъ, сильно истощенныхъ, съ небольшой желтухой, съ сильными болями въ сторонѣ печени (которая притомъ болѣзненна при давленіи, особенно въ мѣстѣ желчнаго пузыря), но безъ рѣзкихъ объективныхъ признаковъ рака этого органа. Ищутъ камень въ испражненіяхъ и, положимъ, находятъ: есть желчные камни; но развѣ это исключаетъ одновременное пораженіе ракомъ (больные, долго страдавшіе желчными камнями, очень нерѣдко заболѣваютъ потомъ ракомъ этого органа), опредѣленіе присутствія или отсутствія котораго обыкновенно и состав-

ляетъ важнѣйшую задачу діагностики въ такихъ случаяхъ. Не нахожденіе камня въ испражненіяхъ, а тщательное объективное изслѣдованіе и внимательное обсужденіе настоящаго и прошлаго состоянія больнаго, хода болѣзни,— иногда же лишь успѣхъ или неуспѣхъ лѣченія,—уясняють діагностику въ такихъ случаяхъ.

Встрѣчаются, далѣе, больные съ симптомами, возбуждающими мысль и о желчныхъ камняхъ, и о болѣзни желудка, обыкновенно язвѣ (рѣже ракѣ) около его выхода: у такихъ больныхъ бываютъ приступы жестокихъ болей со рвотой (но безъ характерныхъ желтушныхъ явленій и безъ крови въ выводимомъ рвотой) и болѣзненность при давленіи правѣе средней линіи живота, между пупкомъ и ребернымъ краемъ, въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ не тс желчному пузырю, не то выходу желудка. И здѣсь нахожденіе камня, если и удается, оставляетъ открытымъ вопросъ, нѣтъ ли, при желчныхъ камняхъ, и одновременной язвы желудка; и здѣсь діагностику уясняютъ тѣ же пріемы, что и въ предыдущемъ случаѣ (менѣе всего, впрочемъ, результаты лѣченія, могущаго быть одинаковымъ при обѣихъ болѣзняхъ). Объ объективномъ изслѣдованіи въ такихъ случаяхъ замѣчу, что если боль оказывается преимущественно при давленіи на упомянутое мѣсто, направленномъ вверхъ, къ правому подреберью, то это говоритъ за болѣзненность желчнаго пузыря; если же—при давленіи, направленномъ внизъ и внутрь (къ пупку), то—за болѣзненность выхода желудка.

Наконецъ, говоря о случаяхъ затруднительной діагностики желчныхъ камней, скажу объ отличіи ихъ, вызываемыхъ ими приступовъ невральгіи печеночнаго сплетенія (т.-е. приступовъ печеночной колики) отъ приступовъ чистой невральгіи этого сплетенія. Прежде всего, конечно, спрашивается, бываетъ ли такая чистая невральгія послѣдняго? Нѣкоторые полагаютъ, что да: такъ извѣстный клиницистъ и авторъ капитальнаго труда о

болѣзняхъ печени Фрерихсъ описалъ случай печеночной колики, гдѣ неоднократное лѣченіе въ Карлсбадѣ не помогло, а укрѣпляющее и противонервное помогло и счелъ этотъ случай за чистую невральгію печеночнаго сплетенія (hepatalgia). Случай Фрерихса, по моему мнѣнію, неубѣдителенъ именно потому, что противонервному лѣченію предшествовало неоднократное лѣченіе въ Карлсбадѣ: мыслимо, что это послѣднее удалило желчные камни, а припадки колики остались, какъ сдѣлавшаяся самостоятельною hepatalgia,—прошедшая потомъ отъ противонервнаго лѣченія. Примѣръ тому—невральгіи личнаго нерва, вызванныя больными зубами и остающіяся (хотя и не навсегда, но иногда на весьма долгое время) по удаленіи и излѣченіи послѣднихъ. Я не встрѣчалъ случаевъ, которые бы можно было принять за чистую и притомъ первичную, идіопатическую гепатальгію, но нерѣдко наблюдалъ такіе, гдѣ послѣ періода явныхъ симптомовъ желчныхъ камней, во время котораго помогала обычная терапія послѣднихъ (каломель, минеральныя воды), наступалъ другой, гдѣ приступы печеночной колики, хотя и слабѣе прежняго, продолжались, но уже не поддавались названному лѣченію, а уступали другому, направленному на поправленіе состоянія нервной системы (мѣстно же, на сторону желчнаго пузыря, электричеству статическому и гальваническому). Можетъ быть, въ такихъ случаяхъ уже не было желчныхъ камней, а оставалась лишь сдѣлавшаяся самостоятельною печеночная колика въ видѣ, слѣдовательно, гепаталгіи, но не первичной, а вторичной, послѣдовательно за бывшими желчными камнями. Для меня, поэтому, діагностическія затрудненія бывали не въ томъ, чтобы рѣшить, что въ данномъ случаѣ — печеночная колика, какъ симптомъ желчныхъ камней, или первичная чистая гепатальгія, а въ томъ, какой предо мною періодъ болѣзни—есть ли еще желчные камни и нужно лѣчить ихъ или лишь получившіе самостоятельность приступы печеночной колики, которые слѣдуетъ лѣчить иначе, какъ невральгію. Рѣшеніе не всегда

легко и достигается внимательнымъ обсужденіемъ состоянія больнаго, хода болѣзни и результатовъ предыдущей терапіи; но иногда лишь новыя терапевтическія пробы рѣшаютъ дѣло.

Настоящій случай, какъ сказано, не относится къ случаямъ затруднительной діагностики. Въ виду столь осязательныхъ данныхъ въ области желчевыхъ путей и лишь легкихъ нервныхъ симптомовъ нашего больнаго не можетъ быть и мысли о чистой гепатальгіи, точно также какъ о язвѣ желудка въ виду состоянія пищеваренія и, наконецъ, о ракѣ какого-либо органа въ виду молодости и крѣпости нашего больнаго, также какъ и въ виду быстраго улучшенія его состоянія.

Бываютъ другаго рода случаи, гдѣ собственно діагностика легка, но врачъ, — конечно невнимательный, — впадаетъ въ ошибку. Дѣло въ томъ, что больные (желчными камнями), у которыхъ нѣтъ приступовъ печеночной колики, а только постоянная боль въ сторонѣ желчнаго пузыря, часто жалуются на боль «подъ ложечкой», не точно обозначаютъ мѣсто боли, что такъ возможно при близости обоихъ мѣстъ («подъ ложечкой» и желчнаго пузыря). Врачъ, поддаваясь первому впечатлѣнію, изслѣдуетъ, производитъ давленіе только подъ ложечкой, спрашиваетъ больнаго, — отвѣчающаго, что боль усиливается,—и заключаетъ, что у больнаго катарръ желудка; тогда какъ внимательное изслѣдованіе, т.-е. изслѣдованіе и сосѣднихъ мѣстъ показываетъ въ такихъ случаяхъ, что максимумъ болѣзненности находится въ мѣстѣ желчнаго пузыря. Конечно могутъ быть одновременно и желчные камни, и катарръ желудка, но тогда должны быть сполна и симптомы обѣихъ болѣзней.

Говоря о діагностикѣ, слѣдуетъ сказать о вчерашнемъ приступѣ печеночной колики. Больной былъ оченъ облегченъ послѣ дѣйствія каломеля: болѣзненность при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря очень уменьшилась послѣ того и теперь остается такою. Вчера однако былъ опять, какъ сказано, при-

ступъ печеночной колики. Что вызвало его? Обычныхъ поводовъ, вызывающихъ такіе приступы,—травматическихъ (въ родѣ, какъ было съ нашимъ больнымъ, тряски при ѣздѣ въ телѣгѣ по мостовой), душевныхъ волненій, погрѣшностей въ діэтѣ и простуды,—въ клиникѣ не было. Можно сказать лишь то, что такіе приступы нерѣдко замѣчаются при началѣ лѣченія желчныхъ камней карлсбадскою (вообще щелочною минеральною) водой, что не мѣшаетъ, однако, ея дальнѣйшему лѣчащему дѣйствію *). Упомянутый приступъ сопровождался легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ — явленіе нерѣдкое: въ 1-мъ выпускѣ моихъ лекцій, въ статьѣ о каломелѣ описанъ случай желчныхъ камней, гдѣ приступы печеночной колики почти постоянно сопровождались лихорадочнымъ состояніемъ.

Предсказаніе—хорошо: болѣзнь излѣчима; но прочность излѣченія и отсутствіе возвратовъ зависятъ отъ того, насколько больной захочетъ и будетъ имѣть возможность исполнять требованія гигіены и терапіи.

Лѣченіе. Вначалѣ данъ былъ больному каломель, произведшій столь значительное и столь обычное въ такихъ случаяхъ улучшеніе **). Затѣмъ назначили теплую щелочную и слегка слабительную минеральную воду (Карлсбадъ Мюльбрунъ). Почему? Конечно не по теоретическимъ соображеніямъ, которыя мѣняются сообразно съ перемѣною понятій объ образованіи желчныхъ камней: такъ, когда за причину послѣдняго считали измѣненія отдѣляемой желчи, то и дѣйствіе щелочныхъ минеральныхъ водъ полагали во вліяніи на отдѣленіе желчи, въ томъ, что желчь при употребленіи щелочей отдѣляется

---

*) Параллельное явленіе замѣчается при лѣченіи почечнаго песка минеральными водами, т.-е. вначалѣ лѣченія появляются или усиливаются приступы почечной колики; такъ что въ обоихъ случаяхъ, т.-е. при лѣченіи какъ желчныхъ камней, такъ и почечнаго песка минеральными водами не лишнимъ бываетъ предупредить больнаго о возможности такого начальнаго ожесточенія припадковъ.

**) Касательно показаній къ каломелю при желчныхъ камняхъ я долженъ, чтобы не повторяться въ печати, указать на свою статью о каломелѣ (послѣднее изданіе, съ дополненіемъ,—во 2-мъ изданіи 1-го выпуска моихъ лекцій).

болѣе обильно и болѣе жидкая (что повидимому подтверждалось и экспериментальными изслѣдованіями), слѣдовательно, думали, болѣе способная содѣйствовать распаду и удаленію камней; теперь, когда главною причиной образованія желчныхъ камней считаютъ измѣненія уже отдѣленной, но вяло текущей (застаивающейся) желчи вслѣдствіе катарра желчевыхъ путей, хорошее вліяніе щелочныхъ минеральныхъ водъ на желчные камни объясняютъ, главнымъ образомъ, ихъ дѣйствіемъ на названный катарръ. Можетъ быть въ извѣстной мѣрѣ вѣрно и то, и другое мнѣніе; но главное основаніе къ показанію щелочныхъ минеральныхъ водъ при желчныхъ камняхъ — не эти предположенія, а то, что практика показала пользу названныхъ водъ при этой болѣзни и указала способъ ихъ употребленія.

Почему назначена именно Карлсбадская вода, а не другая щелочная, напр. Эмсъ, Маріенбадъ, Виши или Ессентуки. Чѣмъ руководиться при выборѣ минеральныхъ водъ, подробно объяснено во 2-мъ выпускѣ моихъ лекцій; поэтому, въ качествѣ краткаго поясненія для настоящаго случая, скажу лишь слѣдующее. Если бы больной былъ подверженъ поносу, то слѣдовало бы назначить Эмсъ; но больнаго слегка крѣпитъ, а потому назначенъ Карлсбадъ. Сильно слабящій Маріенбадъ не показуется настоящимъ случаемъ, а, какъ вода холодная и богатая углекислотой, слѣдовательно могущая усилить боли, противопоказуется. Если бы у больнаго печеночная колика и желчные камни играли второстепенную роль, а главную — почечная колика и почечный (мочекислый) песокъ, самъ же больной представлялъ бы явные симптомы подагры (arthritis urica), то слѣдовало бы назначить Виши или Ессентуки (нагрѣтые) и т. д.

Больной заявляетъ, что, боясь потерять мѣсто, желаетъ какъ можно скорѣе оставить клинику; поэтому назначимъ Карлсбадъ нѣсколько болѣе того, сколько обыкновенно слѣдуетъ давать, въ холодное время года, при постоянномъ пребываніи

въ комнатѣ: третьяго дня больной выпилъ полстакана названной минеральной воды, вчера два полстакана, сегодня назначимъ три, а съ завтрашняго дня по 4 полстакана, два пріема за часъ до ранняго (въ полдень) обѣда, въ разстояніи $^1/_4$ часа другъ отъ друга, а остальные два за часъ до ужина (въ 7 часовъ вечера) такимъ же порядкомъ. Постепенное увеличеніе количества минеральной воды, начиная съ одного полустакана въ день, въ настоящемъ случаѣ показуется тѣмъ, что, во 1-хъ, у больнаго не такъ давно былъ поносъ, а во 2-хъ, его только что слабило отъ каломеля: назначеніе четырехъ полустакановъ Мюльбруна съ перваго же дня могло бы вызвать поносъ, вовсе не желательный.

Кромѣ питья Мюльбруна назначимъ больному теплую ванну и вѣроятно повторимъ ее, какъ весьма хорошее средство при боляхъ, вызываемыхъ желчными камнями и катарральной желтухѣ. Въ случаѣ, что у больнаго повторится приступъ печеночной колики, дадимъ ему пріемъ ($^1/_4$ грана) или два кодеина, чего, судя по вчерашнему приступу, будетъ достаточно для успокоенія боли (при очень жестокихъ припадкахъ нуженъ бываетъ морфій). Какъ сказано, больной нѣсколько «нервенъ» и подверженъ безсонницѣ: по временамъ будемъ давать эфирно-валеріановыя капли (тѣмъ болѣе, что пульсъ иногда слабѣетъ), а на ночь ежедневно, до устраненія безсонницы, 15 грановъ бромистаго натрія.

Изъ лекціи 27 октября 1889.

Status. Приступовъ печеночной колики не было, температура нормальна, улучшеніе во всѣхъ отношеніяхъ.

Будетъ продолжаться прежнее лѣченіе.

Изъ лекціи 15 ноября.

Status. Больной, какъ вы слышите, заявляетъ, что совершенно выздоровѣлъ. Дѣйствительно: аппетитъ и пищевареніе

нормальны (послѣдніе дни на низъ—безъ клистира), желтуха исчезла, приступовъ печеночной колики не бываетъ, въ мѣстѣ желчнаго пузыря нѣтъ ни болей, ни чувствительности при давленіи, сонъ хорошъ (бромистый натрій давали всего недѣлю), настроеніе духа бодрое (теплыхъ ваннъ понадобилось всего двѣ, а послѣдніе дни больному дѣлаютъ прохладныя (20° Р.) обтиранія смѣсью воды съ водкой, хорошо дѣйствующія на его нервное состояніе). Больной пилъ Мюльбрунъ до сегодня по 4 полустакана ежедневно; сегодня получитъ лишь 2 полстакана, потому что завтра, по своимъ дѣламъ, долженъ оставить клинику.

Больному объяснено, что прошли лишь явные признаки его болѣзни, что лишь время покажетъ, насколько прочно его выздоровленіе и что, во избѣжаніе возврата болѣзненныхъ принадковъ, онъ долженъ остерегаться неправильностей въ его образѣ жизни, выяснившихся при разспросѣ (само пребываніе въ клиникѣ было уже доброю гигіеническою школой для больнаго). Ему объяснено, что очень можетъ понадобиться повтореніе лѣченія Мюльбруномъ и что отложить это повтореніе до теплаго времени года (т.-е. хотя бы до того времени избѣжать возврата болѣзненныхъ припадковъ), когда онъ могъ бы лѣчиться минеральной водой, не бросая (по крайней мѣрѣ вполнѣ не бросая) своихъ занятій, было бы, очевидно, крайне желательно для него.

Я не совѣтую больному продолжать питье Мюльбруна дома во 1-хъ потому, что въ настоящее время года, при постоянныхъ занятіяхъ больнаго на воздухѣ, это было бы рискованно, а во 2-хъ потому, что можетъ быть будетъ достаточно того 24-хъ-дневнаго употребленія Мюльбруна, которое больной оканчиваетъ сегодня: уже дней десять, какъ нѣтъ ни желтухи, ни боли въ мѣстѣ желчнаго пузыря, а приступовъ печеночной колики послѣ того, о которомъ была рѣчь 25-го октября, болѣе не было. Въ другихъ случаяхъ часто приходится продолжать курсъ лѣченія минеральной водой до шести недѣль.

Далѣе этого срока я обыкновенно не продолжаю лѣченія минеральными водами, а дѣлаю перерывъ и, если нужно, повторяю, во 1-хъ потому, что болѣе продолжительное, безъ перерыва, употребленіе минеральныхъ водъ можетъ вредить пищеваренію и питанію, а во 2-хъ, чтобы дать выясниться полученному отъ лѣченія результату. Если во время этого необходимаго перерыва больнаго безпокоятъ боли въ мѣстѣ желчнаго пузыря, то назначаю эфиръ, по 10 — 15 — 20 капель три раза въ день (особенно осторожно, т.-е. въ меньшей дозѣ у людей, обыкновенно немолодыхъ, у которыхъ есть гипертрофія сердца или вообще послѣднее легко возбудимо), или, у людей съ надежнымъ пищевареніемъ, эфиръ (℥j) и oleum terebinthinae rectificatum (ʒj) въ вышеозначенной дозѣ. Эти средства (средство Durande'a собственно 1 ч. olei tereb.+4 чч. эфира) иногда безспорно дѣйствительны.

Вообще же я продолжаю лѣченіе желчныхъ камней до полнаго исчезновенія ихъ симптомовъ (и нѣсколько долѣе того), главнымъ образомъ не приступовъ печеночной колики (которые появляются такъ неопредѣленно, что ими нельзя руководствоваться), а постоянныхъ болей и болѣзненности при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря. Руководствоваться этими послѣдними симптомами всего надежнѣе, впрочемъ приступы печеночной колики прекращаются обыкновенно раньше исчезновенія упомянутыхъ постоянныхъ болей и болѣзненности при давленіи. Прекращая лѣченіе по вышеназваннымъ показаніямъ, я никакъ не думаю, что желчные камни «излѣчены», удалены, что ихъ уже нѣтъ: приходится видѣть, что названные симптомы вполнѣ исчезли, больной совершенно ничего не чувствуетъ въ мѣстѣ желчнаго пузыря, приступовъ печеночной колики давнымъ давно нѣтъ и больной ведетъ себя въ гигіеническомъ отношеніи безупречно и вотъ по случайному поводу (всего чаще послѣ сильнаго душевнаго волненія) неожиданно разражается жестокій приступъ печеночной колики, доказывающій, что есть еще камень (или камни) въ

пузырѣ. Правда, такіе случаи крайне рѣдки: обыкновенно возвращенію приступовъ печеночной колики предшествуетъ возвратъ постоянной, хотя и небольшой боли и чувствительности при давленіи въ мѣстѣ желчнаго пузыря, напоминающій о необходимости повторить лѣченіе и, обыкновенно, о необходимости строже исполнять требованія гигіены. Но, повторяю, лѣченіе слѣдуетъ вести лишь до исчезновенія (и нѣсколько долѣе) названныхъ симптомовъ. Лѣчить долѣе того, до тѣхъ поръ, пока «совершенно не будетъ камней», не имѣетъ смысла (не говоря уже о возможномъ вредѣ продолжительнаго лѣченія), потому что чѣмъ же тогда руководствоваться въ продолженіи лѣченія, какъ долго вести его? Да и нѣтъ нужды въ этомъ: опытъ показываетъ, что при соблюденіи гигіены, при правильности всѣхъ отправленій организма камни пребываютъ въ желчномъ пузырѣ, не вызывая никакихъ болѣзненныхъ явленій; а если гигіена не соблюдается и существуютъ желудочнокишечныя, нервныя и другія разстройства, то и полное удаленіе камней (если бы таковое удалось) не поможетъ, потому что народятся новые. Конечно, какъ уже выше сказано при возвратѣ симптомовъ въ мѣстѣ желчнаго пузыря, слѣдуетъ, предупреждая приступы печеночной колики, повторить лѣченіе минеральною водой.

Предложенные въ послѣднее время для лѣченія желчныхъ камней салициловокислый натръ и прованское масло, по моимъ наблюденіямъ, не заслуживаютъ рекомендаціи.

Говорить о хирургическомъ лѣченіи желчныхъ камней, которое иногда (правда, при правильной терапіи и гигіенѣ, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ) составляетъ единственное средство для облегченія невыносимыхъ страданій или даже для спасенія больнаго,—настоящій случай не представляетъ достаточнаго повода.

СЕДЬМОЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 24 марта 1892.

Больной, запасный рядовой 24 лѣтъ, жалуется на желтуху, увеличеніе живота, отекъ ногъ, лихорадочное состояніе и общую слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной живетъ въ здоровой, не маляріиной мѣстности (сельской) Владимірской губерніи. Помѣщеніе — хорошая крестьянская изба, отхожее мѣсто— хлѣвъ. До болѣзни по лѣтамъ купался. Еженедѣльно жаркая баня. Немного куритъ и пьетъ чай умѣренно, но ежедневно пьетъ не мало водки, а изрѣдка и очень помногу. Пища хорошая. Холостъ. Зараженіе сифилисомъ отрицаетъ, а изслѣдованіе подтверждаетъ отсутствіе этой болѣзни. Въ послѣднее время по нездоровью ничѣмъ не занимается, а до того былъ въ военной службѣ.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи. Съ 18 лѣтъ сталъ пить водку и съ тѣхъ поръ началъ замѣчать изжогу и отрыжку послѣ ѣды. 21-го года поступилъ въ военную службу (служилъ, въ Варшавѣ, въ артиллеріи рядовымъ), гдѣ принужденъ былъ воздерживаться отъ водки и замѣтилъ, что отрыжка и изжога прекратились; но въ іюнѣ 1891 перенесъ, по всей вѣроятности, тифъ (въ теченіи 6 недѣль былъ сильный жаръ, слабость и безпамятство), послѣ чего въ концѣ іюля былъ уво-

ленъ домой «на поправку». Дома началъ пить, послѣ чего вскорѣ появились отрыжка, изжога и боли подъ ложечкой (особенно послѣ холоднаго питья и грубой пищи). Въ концѣ сентября показалась желтуха и одновременно усилились желудочные симптомы, особенно боли, уже сопровождавшіяся рвотой. Больной бросилъ водку, сталъ осторожнѣе въ пищѣ и принималъ карлсбадскую соль и какіе-то порошки (повидимому ревень); къ половинѣ ноября боли и диспептическія явленія стихли, а желтуха, по словамъ больнаго, исчезла. Больной опять сталъ пить и вновь появились желтуха, боли и рвоты (уже ежедневныя), а также небольшое лихорадочное состояніе, увеличеніе живота, отёкъ ногъ и общая слабость. 6-го декабря больной въ первый разъ поступилъ въ клинику съ слѣдующими,—главнѣйшими, — данными (помимо вышеназванныхъ): печень очень увеличена, тверда, гладка (край острый), при давленіи не чувствительна, также какъ и мѣсто желчнаго пузыря; испражненія слабо окрашены желчью, моча сильно желтушна, бѣлка и сахара не содержитъ; селезенка немного увеличена, умѣренный асцитъ; сердце немного приподнято высокостоящей діафрагмой, тоны чисты, пульсъ слабъ; органы дыханія и нервная система въ нормальномъ состояніи. Больному назначены діэта, Эмсъ, горькія (extr. fl. condur. и t-ra nucis vom.) и возбуждающія капли (t-ra valer. aether. и liqu. anod. Hoffm. $\bar{a}\bar{a}$); рвота прекратилась и диспептическія явленія уменьшились. 11-го декабря дано 10 порошковъ (по грану) каломеля: больнаго обильно прослабило характерными каломельными испражненіями, послѣ чего пошли почти нормально окрашенныя испражненія, а моча стала свѣтлѣть и лихорадочное состояніе прошло. Послѣ каломеля продолжалось прежнее лѣченіе (Эмсъ, горькія и возбуждающія), но 20-го декабря больной, не докончивъ предполагавшагося лѣченія, вышелъ изъ клиники, впрочемъ уже значительно облегченный: желтуха и диспептическія явленія почти прошли, также какъ и отекъ ногъ, а асцитъ уменьшился и силы стали много лучше. По выходѣ изъ

клиники больной опять сталъ пить водку и ѣсть все безъ разбора, но, несмотря на это, до средины февраля чувствовалъ себя изрядно. Съ средины февраля состоянiе больнаго стало быстро ухудшаться: появились значительная желтуха, рвота (почти ежедневная) и поносъ (слабило раза 3 — 4 въ день, очень жидко, безъ боли), быстрое увеличенiе живота, отекъ ногъ, лихорадочное состоянiе съ ежедневными знобами, слабость, а позднѣе кровотеченiя изъ носа и десенъ и гемералопiя. 15-го. марта больной вторично поступилъ въ клинику.

Съ поступленiя въ клинику больной постоянно принимаетъ средства, усиливающiя дѣятельность сердца (вино, t-ra valer. aether. + liqu. anodyn. Hoffm. по 25 капель 4 раза въ день и часто coffeinum natro-salicyl. по 5 грановъ трижды въ день), а 17-го декабря дано было пять порошковъ (по грану) каломеля, хорошо подѣйствовавшихъ. Лихорадка (доходившая по вечерамъ до 40,2°) послѣ каломеля упала и потомъ совсѣмъ прекратилась, такъ что послѣднiе три дня ея совсѣмъ не было, но сегодня опять небольшой знобъ. Моча послѣ каломеля посвѣтлѣла, а испражненiя изрядно окрашиваются и стали гуще и рѣже (лишь дважды въ день). Диспептическiя явленiя прошли Пульсъ и самочувствiе больнаго стали лучше, но асцитъ увеличивается.

Status. Появился небольшой аппетитъ. Съ прекращенiемъ лихорадки уменьшилась жажда и прошла сухость языка. Десны разрыхлены и кровоточатъ. Боли подъ ложечкой, рвота и другiя диспептическiя явленiя прошли. На низъ какъ выше сказано. Моча менѣе желтушна, чѣмъ при поступленiи, бѣлка и сахара не содержитъ, количество — 1.500. Болей въ животѣ нѣтъ, асцитъ очень великъ, видны значительно растянутыя вены покрововъ живота. Печени и селезенки, по причинѣ асцита, теперь ощупать невозможно, но при поступленiи изслѣдованiе показало, что печень очень увеличена, (свободный край ея пальца на 4 поперечныхъ ниже нормальнаго), а въ прочемъ такого же качества, какъ въ первое пребыванiе боль-

наго въ клиникѣ и также совершенно безболѣзненна при давленіи (также какъ и мѣсто желчнаго пузыря), селезенка же выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на $1^1/_2$—2 поперечныхъ (маляріи у больнаго не было), плотна и тоже не болѣзненна. Сердце приподнято высокостоящею діафрагмой, но не увеличено; какъ у верхушки, такъ и у основанія слышится систолическій шумъ вездѣ одинаковой силы. Пульсъ 112, правиленъ, сильнѣе чѣмъ при поступленіи, но все еще слабоватъ. Грудь не болитъ, при движеніи одышка (дыханіе въ покоѣ,—30 разъ въ минуту), небольшой кашель съ ничтожнымъ количествомъ слизистой мокроты (при выслушиваніи кой-гдѣ сухіе хрипы), голосъ очень хриплъ (отъ катарра голосовыхъ связокъ, какъ показало ларингоскопическое изслѣдованіе). Больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ. О лихорадочномъ состояніи сказано выше; съ его прекращеніемъ сонъ сталъ лучше, а прежде бывшія (къ вечеру, при усиленіи лихорадки) головныя боли почти прекратились. При движеніи бываютъ головокруженія. Сознаніе ясно, но память за послѣдніе полгода ослабѣла. Настроеніе духа угнетенное. Гемералопія. Слухъ нормаленъ. Болей въ спинѣ, рукахъ и ногахъ нѣтъ. Ноги до колѣнъ значительно отекли. Сильная желтуха: склеры и видимыя слизистыя оболочки окрашены въ желтый цвѣтъ, кожа—въ желтобурый.

Распознаваніе. Диспептическія явленія, а также боли подъ ложечкой, регулярно появлявшіяся при питьѣ водки и діэтетическихъ погрѣшностяхъ, проходившія, когда больной бросалъ пить и былъ остороженъ въ пищѣ и быстро уступившія лѣченію Эмской водой и горькими въ первое пребываніе больнаго въ клиникѣ, безспорно указываютъ на катарръ желудка. Вызывавшееся вначалѣ питьемъ водки и погрѣшностями въ діэтѣ, страданіе это поддерживается теперь и столь очевиднымъ затрудненіемъ кровеобращенія въ системѣ воротной вены вслѣдствіе болѣзни печени. Поносъ обусловливается, главнымъ образомъ, этимъ же затрудненіемъ кровеобращенія: ничтожная примѣсь слизи къ испражненіямъ указываетъ лишь на ничтож-

ный кишечный катарръ, а между тѣмъ испражненія хотя и не часты, но обильны, жидки и совершенно не сопровождаются болью (при катаррѣ, наоборотъ, скорѣе часты, не обильны не столь жидки, сколько слизисты и, въ большей или меньшей степени, сопровождаются болью). Мочевые органы, помимо присутствія элементовъ желчи въ мочѣ, здоровы. Помимо болей подъ ложечкой, сопровождавшихся рвотой и теперь прошедшихъ, животъ совершенно безболѣзненъ и постоянно былъ таковымъ; въ виду этого большой асцитъ нашего больнаго слѣдуетъ считать слѣдствіемъ затрудненнаго кровеобращенія по воротной венѣ, что подтверждается значительнымъ расширеніемъ подкожныхъ венъ живота, упомянутыми поносами и увеличеніемъ и уплотненіемъ селезенки. Послѣднее больше не къ чему отнести: маляріей больной не хворалъ, а отнести это увеличеніе селезенки къ слѣдствіямъ перенесеннаго (предполагаемаго) тифа нѣтъ достаточныхъ основаній; такого рода увеличеніе и уплотненіе селезенки послѣ тифа необычно. О пораженіи печени и желчевыхъ путей говорятъ рѣзко выраженные симптомы, но на его разсмотрѣніи удобнѣе остановиться въ концѣ, обозрѣвши сначала состояніе остальныхъ частей организма. Катарръ глотки, гортани и небольшой бронхіальный, столь обыкновенный у пьющихъ людей, не требуетъ особенныхъ поясненій. Причина смѣщенія сердца вверхъ очевидна. Слабость пульса и систолическій шумъ могутъ зависѣть частью отъ смѣщенія сердца, частью отъ трофическихъ измѣненій сердечной мышцы (которыхъ такъ естественно ждать у больнаго, недавно перенесшаго тяжелую лихорадочную болѣзнь, а, главное, такъ разстроившаго пьянствомъ свое здоровье вообще, а въ частности питаніе) и частью отъ нѣкотораго разстройства иннерваціи сердца вслѣдствіе холеміи, присутствія въ крови элементовъ желчи, потому что у больнаго замѣчаются уже безспорныя холемическія явленія—кровоточивость десенъ и гемералопія. Считать систолическій шумъ признакомъ пораженія какого-либо отверстія сердца или закрывающей его засло-

ночки нѣтъ ни малѣйшаго основанія во 1-хъ потому, что нѣтъ главнаго доказательства существованія такого пораженія—послѣдовательнаго увеличенія сердца, а во 2-хъ потому, что въ декабрѣ (въ первое пребываніе больнаго въ клиникѣ) тоны сердца были чисты, шумовъ не было, хотя главныя болѣзненныя явленія нашего больнаго (брюшныя), хотя и въ меньшей степени, были тогда уже на лицо. Частота пульса условливается тѣми же причинами и, конечно, лихорадочнымъ состояніемъ. Отекъ ногъ поддерживается слабостью пульса, но, конечно, главнымъ образомъ, зависитъ отъ давленія скопившейся въ полости брюшины и растянувшей животъ жидкости на нижнюю полую вену и впадающія въ нее большія вены брюшной полости. Для лихорадочнаго состоянія не видно другихъ причинъ, кромѣ болѣзни печени и желчныхъ путей. Нервные симптомы больнаго послѣ всего вышесказаннаго не нуждаются въ особомъ объясненіи.

Какая же болѣзнь печени у нашего больнаго? Прежде всего замѣчу, что случаи болѣзней печени, гдѣ діагностика прямо очевидна изъ наличности симптомовъ (какъ напр., когда большая, неболѣзненная печень съ ясной флюктуацией на какомъ-либо мѣстѣ ея поверхности и при полномъ отсутствіи другихъ болѣзненныхъ явленій какъ въ самой печени, такъ и въ остальномъ организмѣ прямо указываетъ на эхинококковую кисту этого органа или когда большая, бугристая и крайне болѣзненная печень у кахектическаго больнаго при очевидномъ отсутствіи сифилиса, говоритъ о ракѣ или вообще злокачественномъ образованіи въ этомъ органѣ) встрѣчаются рѣже, чѣмъ такіе, гдѣ нужно бываетъ прибѣгать къ особому способу распознаванія, къ дифференціальной діагностикѣ (см. 1-й выпускъ моихъ лекцій, изд. 2-е, стр. 27). Настоящій случай относится къ этимъ послѣднимъ, а потому приложимъ къ нему названный діагностическій способъ.

Очевидно, что гиперемія печени не можетъ объяснить наличности симптомовъ у нашего больнаго, такъ же какъ и ожи-

рѣніе этого органа. Противъ амилоида печени говорятъ столь большой асцитъ, желтушныя явленія и отсутствіе альбуминуріи, которую, какъ признакъ одновременнаго амилоида почекъ, слѣдовало бы ожидать, допуская такое значительное развитіе амилоиднаго перерожденія у нашего больнаго, каковое требовалось бы, чтобы объяснить столь значительное увеличеніе печени, а также и селезенки. Сифилисъ печени могъ бы вызвать такія явленія, какія замѣчаются у нашего больнаго (однако съ прибавкой болей въ сторонѣ печени, которыя обыкновенно бываютъ при сифилисѣ этого органа, но которыхъ нѣтъ и не было въ настоящемъ случаѣ); но противъ этого страданія говоритъ не только то, что больной, нисколько не скрытный, совершенно отрицаетъ зараженіе сифилисомъ, а, главнымъ образомъ, то, что ни изъ анамнеза, ни изъ настоящаго состоянія больнаго не видно ни малѣйшихъ указаній на сифилисъ. Противъ рака печени говорятъ молодость больнаго, отсутствіе неровностей и полная безболѣзненность этого органа, а также неоднократное улучшеніе (и даже исчезновеніе) желтушныхъ явленій (и параллельное прекращеніе лихорадки) послѣ каломеля, немыслимое въ этомъ случаѣ, если бы они условливались ракомъ печени. Эхинококковая киста не могла бы вызвать наличности симптомовъ, замѣчаемыхъ у нашего больнаго, не говоря уже о томъ, что нѣтъ и признаковъ этого страданія (флюктуаціи). Многокамерный эхинококкъ, разселившійся по желчевымъ путямъ и условливающій хроническую желтуху, отличается отъ настоящаго случая тѣмъ, что вызываетъ рѣзкое измѣненіе формы печени (особенное увеличеніе правой доли), имѣетъ болѣе хроническое теченіе, обыкновенно не сопровождается асцитомъ, особенно столь большимъ, а, главное, тѣмъ, что уменьшеніе (тѣмъ болѣе исчезновеніе) условливаемыхъ имъ желтушныхъ явленій отъ лѣченія каломелемъ немыслимо. Остается, какъ видно, та болѣзнь печени, мысль о которой, въ виду этіологіи даннаго случая (злоупотребленія водкой, можетъ быть, при содѣй-

ствіи перенесеннаго, — предполагаемаго, — тифа), приходитъ прежде всего, т.-е. циррозъ этого органа, результатъ его межуточнаго воспаленія (hepatitis interstitialis).

Ученіе о циррозахъ печени далеко отъ совершенства. Патолого-гистологическія данныя, извѣстныя объ этихъ страданіяхъ, толкуются розно. На основаніи ихъ одни полагаютъ, что бываютъ циррозы: *венозный*, гдѣ межуточное воспаленіе идетъ отъ развѣтвленія воротной вены,—*желчевой*, гдѣ оно идетъ отъ мелкихъ желчныхъ протоковъ и *смѣшанный*, гдѣ оно идетъ одновременно отъ тѣхъ и другихъ; другіе же думаютъ, что есть только одинъ циррозъ, что межуточное воспаленіе печени всегда идетъ одновременно и отъ развѣтвленій воротной вены и отъ желчныхъ протоковъ и лишь преобладаетъ въ одномъ случаѣ около первыхъ, а въ другомъ около вторыхъ, въ концѣ же концовъ распространяется всюду. Клиника показываетъ слѣдующее: бываютъ 1) случаи цирроза, при которыхъ замѣчаются лишь слѣдствія затрудненнаго венознаго кровеобращенія печени (асцитъ, увеличеніе селезенки, поносы и кишечныя (а также и желудочныя) кровотеченія) безъ задержанія желчи; 2) другіе случаи, при которыхъ, наоборотъ, замѣчается лишь послѣднее безъ разстройства воротновенознаго кровеобращенія и 3) такіе, гдѣ замѣчаются оба рода симптомовъ. Какъ видно, клиническія данныя болѣе согласны съ первымъ изъ упомянутыхъ воззрѣній (высказаннымъ впервые французскими изслѣдователями Charcot, Hanot и др.; второе же защищается нѣмецкими). Да и этіологически вѣроятнѣе, что въ однихъ случаяхъ возбудители воспаленія достигаютъ печени черезъ кровеносные сосуды, въ другихъ—черезъ желчные протоки (изъ кишечнаго канала), а въ третьихъ одновременно обоими путями. Что межуточное воспаленіе, начавшись отъ одного мѣста, напр., отъ желчныхъ протоковъ и сопровождаясь вначалѣ лишь явленіями задержки желчи, можетъ потомъ распространиться и на окружность развѣтвленій воротной вены и вызвать явленія разстроеннаго крове-

обращенія въ послѣдней, конечно, не можетъ доказывать, что процессъ сразу начался вездѣ. Прибавлю, что въ случаяхъ циррозовъ съ разстройствами воротновенознаго кровеобращенія печень иногда крайне уменьшается (впервые описанный,—Леннекомъ,—циррозъ, «Ленневовъ»), иногда же очень увеличивается. Одни думаютъ, что такое увеличеніе бываетъ лишь вначалѣ, а потомъ печень уменьшается и что если этого не бываетъ, то только потому, что истощенный больной не доживаетъ до времени уменьшенія печени. Нѣкоторыя наблюденія дѣйствительно говорятъ въ пользу того, что печень, вначалѣ увеличенная, потомъ уменьшается; но гораздо чаще встрѣчаются случаи, гдѣ печень остается увеличенною до смерти, хотя больной живетъ обыкновенно долго, даже гораздо долѣе, чѣмъ въ случаяхъ съ уменьшенной печенью, такъ что нельзя утверждать, чтобы такая увеличенная печень потомъ всегда уменьшалась. Патологогистологическія изслѣдованія тоже еще недостаточно уясняютъ этотъ вопросъ.

Итакъ клиника показываетъ слѣдующія формы цирроза: *1) венозный*, т.-е. съ явленіями разстроеннаго воротновенознаго кровеобращенія, причемъ печень иногда крайне уменьшена *(Ленневовъ или атрофическій циррозъ)*, иногда же очень увеличена (*гипертрофическій венозный циррозъ*, причемъ разумѣется гипертрофія соединительной ткани печени, железистый же элементъ послѣдней, печеночныя клѣточки при циррозѣ всегда страдаютъ); *2) гипертрофическій циррозъ желчевой*, т.-е. съ явленіями задержанія желчи и *3) смѣшанный*—съ тѣми и другими симптомами. Какая форма цирроза у нашего больнаго? По первому впечатлѣнію, по желтухѣ и одновременному асциту можно бы было думать о смѣшанномъ циррозѣ; но дальнѣйшее разсмотрѣніе ведетъ къ другому заключенію. Какъ видно изъ анамнеза, неоднократно у нашего больнаго, послѣ пьянства и погрѣшностей въ пищѣ, являлась желтуха *одновременно* съ рѣзкими признаками сильнаго желудочнаго катарра (диспепсія, боли, рвоты) и *одновременно же*, при пра-

вильной діэтѣ и лѣченіи, проходила, такъ что она несомнѣнно зависитъ отъ катарра большихъ желчныхъ протоковъ. Правда, что послѣдній, при долговременномъ существованіи или частыхъ возвратахъ можетъ распространиться и на мелкіе желчные протоки и такимъ образомъ вызвать воспаленіе соединительной ткани около послѣднихъ, т.-е. повести къ желчевому циррозу, но въ данномъ случаѣ наблюденіе говоритъ противъ существованія послѣдняго: желтуха такъ быстро уступала діэтѣ и лѣченію, въ особенности каломелю, какъ обыкновенно не бываетъ при желчевомъ циррозѣ (тамъ явленія задержки желчи уступаютъ, при успѣшномъ лѣченіи, гораздо медленнѣе). Слѣдовательно, у нашего больнаго венозный циррозъ и притомъ гипертрофическій (печень очень велика) и одновременно катарръ желчныхъ протоковъ, cholеangitis catarrhalis. Признаковъ желчныхъ камней нѣтъ. Лихорадочное состояніе больнаго, появлявшееся съ желтухой и проходившее съ ея уменьшеніемъ и прекращеніемъ какъ въ первое, такъ и въ настоящее пребываніе больнаго въ клиникѣ, зависитъ, очевидно, отъ упомянутаго холеангита.

Лѣченіе. Пояснять назначеніе каломеля, Эмса, горькихъ и возбуждающихъ въ первое пребываніе больнаго въ клиникѣ, а также каломеля и возбуждающихъ (и одновременно мочегонныхъ, какъ вино, вышеназванныя капли и коффеинъ) въ настоящее время, конечно,—послѣ всего, что было говорено въ предыдущихъ лекціяхъ,—было бы излишне. Послѣ каломеля быстро пала высокая температура, и послѣдніе дни больной вовсе не лихорадилъ; одновременно рѣзко и значительно уменьшились желтушныя явленія и прошла доспепсія. Отъ дѣйствія возбуждающихъ пульсъ сталъ получше, но мочи замѣтно не прибавилось, а самое грозное явленіе—асцитъ, столь тягостный для больнаго, столь разстраивающій дыханіе и кровеобращеніе, увеличился, такъ что въ ближайшемъ будущемъ предвидится необходимость оперативнаго опорожненія полости брюшины. Сегодня еще разъ дадимъ каломель, потому что

больнаго опять знобитъ немного и желтуха еще не прошла; возможно ждать и мочегоннаго дѣйствія каломеля. Вино, вышеназванныя капли и коффеинъ въ усиленныхъ пріемахъ будемъ, конечно, продолжать. Другія мочегонныя, напр. kali aceticum и острыя (кк. adonis vernalis, squilla и пр.), непригодны въ настоящемъ случаѣ по причинѣ поноса (послѣ же каломеля слабитъ больнаго не хуже, а лучше). Впрочемъ, въ виду неудержимо растущаго асцита врядъ ли можно ожидать значительнаго дѣйствія мочегонныхъ и, повторяю, проколъ живота неизбѣженъ.

Предсказаніе. Вполнѣ выраженный венозный циррозъ печени, гипертрофическій и атрофическій, при теперешнемъ состояніи терапіи неизлѣчимъ; ни одно изъ испытанныхъ средствъ не оправдало себя, въ томъ числѣ и іодистые препараты: изрѣдка наблюдавшіеся случаи нѣкотораго дѣйствія послѣднихъ по всей вѣроятности относятся къциррозу смѣшаннаго происхожденія, отъ водки и сифилиса. При относительно хорошемъ состояніи прочихъ органовъ и при хорошихъ внѣшнихъ условіяхъ удается продлить жизнь больнаго, поддерживая въ порядкѣ пищевареніе, кровеобращеніе и мочеотдѣленіе и, по временамъ, опорожняя оперативно полость живота. При столь разстроенномъ здоровьѣ нашего больнаго понятно, какъ мало надежды на значительное продленіе его жизни.

Изъ лекціи 27-го марта 1892.

Послѣ второй дачи каломеля лихорадки нѣтъ, испражненія вполнѣ окрашены, желчный пигментъ исчезъ изъ мочи и склеры посвѣтлѣли, но асцитъ растетъ и сегодня необходимо опорожнить животъ оперативно.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. 27-го марта проколомъ выпущено 2.500 к. с. прозрачной, лимоннаго цвѣта жидкости чисто транссудативнаго характера съ значительнымъ облегче-

ніемъ больнаго. Съ 1-го апрѣля больной сталъ бредить (бредъ напоминаетъ delirium potatorum). 4-го апрѣля, по настоянію родныхъ, оставилъ клинику и уѣхалъ на родину. Въ концѣ апрѣля снова пріѣхалъ въ Москву и былъ изслѣдованъ наблюдавшимъ его въ клиникѣ ординаторомъ: бредъ прошелъ, желтухи ни слѣда (гемералопія и систолическій шумъ исчезли), громадный асцитъ и отекъ ногъ; проколомъ живота выпущено 3.000 к. с., послѣ чего изслѣдованіе показало, что печень осталась столь же большою и плотною, какъ была въ клиникѣ. Больной вернулся домой, вначалѣ іюня снова пріѣхалъ въ Москву опять съ огромнымъ животомъ и отекомъ ногъ. Опять выпущено 2.500 к. с. и данъ іодистый натрій (отъ 20 до 50 грановъ въ сутки) и молоко (6 стакановъ): черезъ 2 недѣли результатъ—нуль и сдѣлавшійся необходимымъ проколъ опять вывелъ 3.000 к. с. Больной уѣхалъ домой и съ тѣхъ поръ объ немъ не было извѣстій.

ВОСЬМОЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 1-го декабря 1889.

Больной, крестьянинъ 18 лѣтъ, жалуется на боль въ правомъ подреберьѣ, желтуху, которая длится уже $1\frac{1}{2}$ года и общую слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Послѣднія 10 лѣтъ больной безвыѣздно живетъ въ Москвѣ (прежде жилъ въ деревнѣ), постоянно въ сырыхъ и холодныхъ помѣщеніяхъ (обыкновенно въ подвальномъ этажѣ), не купается, еженедѣльно ходитъ въ жаркую баню. Пища изрядная. Послѣдніе 2 года пьетъ водку. По занятію—сапожникъ, работаетъ съ утра до вечера и, кромѣ праздниковъ, почти не бываетъ на воздухѣ.

До послѣднихъ двухъ лѣтъ больной ни на что не могъ пожаловаться. Два года назадъ, какъ сказано, сталъ пить водку; черезъ полгода послѣ того начали показываться боли въ правомъ боку, и вскорѣ появилась желтуха, продолжающаяся (въ значительно усиленномъ видѣ) до настоящаго времени. Боль въ правомъ боку бываетъ двоякая: постоянная, сносная, и, по временамъ, весьма острая, длящаяся часа 3—4. Припадки этой послѣдней боли съ теченіемъ времени становились все чаще и сильнѣе и, въ послѣднее время, сопровождались рвотою (явные приступы печеночной колики). Больной похудѣлъ, ослабѣлъ и 27 прошлаго ноября поступилъ въ клинику;

прежде ничѣмъ не лѣчился. Зараженіе сифилисомъ больной отрицаетъ и никакихъ указаній на сифилисъ нѣтъ.

Status. Сложеніе изрядное, похуданіе и желтуха покрововъ и склеръ весьма значительны. Аппетитъ хорошъ: больной перевариваетъ ежедневно около $^3/_4$ фунта мяса, $^1/_2$ ф. хлѣба, 2 яйца и двѣ тарелки супа безъ малѣйшихъ диспептическихъ явленій, проситъ даже прибавить пищи. На низъ нѣсколько крѣпитъ: испражненія сухи, вонючи и на глазъ совершенно не окрашены желчью. Въ мочѣ оказывается желчный пигментъ (бѣлка и сахара нѣтъ), но въ весьма умѣренномъ количествѣ: судя по обезцвѣченію испражненій, т.-е. по непоступленію желчи въ кишки, можно бы было ждать болѣе темной окраски мочи (указаніе на то, что железистые элементы печени, печеночныя клѣточки уже страдаютъ, затруднены въ своей дѣятельности). Селезенка нормальна. Печень увеличена, плотнѣе нормальнаго, но правильной формы и гладка, весьма болѣзненна при давленіи. Органы дыханія и кровеобращенія также, какъ и нервная система, не представляютъ ничего ненормальнаго (сонъ хорошъ). Лихорадки нѣтъ.

Распознаваніе. Очевидно, что у больнаго желчные камни и сильный катарръ желчевыхъ путей, choleangitis catarrhalis, чѣмъ и условливаются боли, непоступленіе желчи въ кишки, задержка ея въ печени (а оттуда — увеличеніе этого органа и, можетъ быть, затрудненіе желчеобразовательной, а слѣдовательно и остальной его дѣятельности вслѣдствіе сдавленія печеночныхъ клѣточекъ) и общая желтуха. Но только ли это? Нѣтъ ли дальнѣйшаго пораженія печени и какого именно? Изъ этіологіи, хода болѣзни и настоящаго состоянія очевидно, что этимъ дальнѣйшимъ пораженіемъ могло бы быть межуточное воспаленіе около мелкихъ желчныхъ протоковъ печени, т.-е. развитіе гипертрофическаго желчеваго цирроза (не повторяю дифференціально-діагностическаго пріема, приложеннаго въ предыдущемъ случаѣ). Есть ли таковой въ настоящемъ случаѣ, нельзя не отрицать (болѣзнь длится такъ давно, что раз-

витіе цирроза возможно и мыслимо), ни утверждать (потому что замѣчаемые симптомы могутъ быть вполнѣ объяснены холеангитомъ и желчными камнями). Подождемъ, что скажетъ дальнѣйшее наблюденіе.

Точно также подождемъ съ *предсказаніемъ*, тѣмъ болѣе, что оно всегда зависитъ не только отъ діагностики (даже и самой опредѣленной, а не таковой, какъ въ настоящемъ случаѣ), но и отъ возможности и успѣшности лѣченія. Нельзя, впрочемъ, не сказать, что въ виду молодости больнаго, его хорошаго сложенія и хорошаго состоянія всѣхъ прочихъ (помимо печени) частей его организма, а также въ виду того, что больной совсѣмъ не лѣчился, виды на будущее благопріятны.

Лѣченіе. Назначимъ сначала каломель въ слегка послабляющей дозѣ (не доводя до поноса); позднѣе вѣроятно понадобится щелочная минеральная вода, именно Карлсбадъ, такъ какъ больной наклоненъ къ запору (въ предыдущемъ случаѣ, при наклонности къ поносу и слабости больнаго, назначался Эмсъ). Сдѣлаемъ также больному теплую ванну, одну, а, можетъ быть, смотря по ходу дѣла, и не одну. *)

Изъ лекціи 12-го декабря 1889.

Status. 3-го, 4 и 5-го декабря больной принималъ по 4 порошка (по грану) коломеля ежедневно съ наилучшимъ результатомъ: 6-го, 7-го и 8-го его слабило по разу ежедневно, достаточно, мягкими, хорошо окрашенными испражненіями. 9 декабря опять замѣчена слабая окраска кала; поэтому третьяго дня и вчера дали опять по 4 порошка каломеля. Опять хорошее дѣйствіе, но сегодня показалось небольшое слюнотеченіе (обычныя мѣры—полосканье бертоллетовой солью и смазываніе десенъ t-ra gallarum, конечно, прилагаются); помимо

*) Послѣ всего, что было сказано о каломелѣ, минеральныхъ водахъ и теплыхъ ваннахъ, какъ въ настоящемъ, такъ и въ предыдущихъ выпускахъ, останавливаться на объясненіи показаній къ этимъ средствамъ въ данномъ случаѣ считаю излишнимъ.

этого состоянiе больнаго вполнѣ хорошо: аппетитъ нормальный, диспепсiи нѣтъ, дыханiе, кровеобращенiе и нервная система въ порядкѣ, силы много лучше, моча почти не содержитъ желчнаго пигмента, острыхъ болей въ сторонѣ печени почти нѣтъ, сама печень почти не болѣзненна, но уменьшилась хотя замѣтно, но не рѣзко, что, можетъ быть, говоритъ за присутствiе цирроза, хотя и небольшаго.

Каломеля сегодня давать, конечно, не будемъ, а съ завтрашняго дня назначимъ Карлсбадъ; позднѣе, если понадобится, дадимъ опять каломель.

Дальнѣйшая исторiя болѣзни. Больной пилъ Карлсбадъ (до 4 полустакановъ ежедневно) до 2 января (каломель больше не понадобился), до дня выхода изъ клиники. Ко времени выхода не только испражненiя были постоянно вполнѣ окрашены, а моча постоянно свѣтла, безъ желчнаго пигмента, но и желтуха общихъ покрововъ почти исчезла, больной прибавился на 11 фунтовъ (3 п. 1 ф. при поступленiи въ клинику, 3 п. 12 ф. при выходѣ) и совершенно окрѣпъ; печень совершенно не чувствительна при давленiи, но осталась скорѣе немного увеличенною, чѣмъ вполнѣ нормальной величины. Больной, по нашему настоянiю, бросилъ пить водку и, около полугода спустя, показывался наблюдавшему его ординатору въ такомъ же хорошемъ состоянiи, какъ и при выходѣ изъ клиники.

Итакъ въ *шестомъ* случаѣ — желчные камни и холеангитъ, въ *седьмомъ*—гипертрофическiй венозный циррозъ и холеангитъ, въ *восьмомъ*—желчные камни, холеангитъ и небольшой гипертрофическiй желчевой циррозъ. Напомню, что въ статьѣ о каломелѣ (1-й выпускъ) описанъ мною не только вполнѣ характерный, но и весьма тяжелый случай гипертрофическаго желчеваго цирроза, окончившiйся, впрочемъ, благополучно. Прибавлю, что въ настоящемъ выпускѣ (въ Трудахъ) Др. Н. Ѳ. Голубовымъ описанъ наблюдавшiйся имъ въ моей клиникѣ еще болѣе тяжелый случай гипертрофическаго желчеваго цирроза со смертельнымъ исходомъ и вскрытiемъ.

ДЕВЯТЫЙ СЛУЧАЙ.

Изъ лекціи 16-го ноября 1890.

Больной, крестьянинъ 29 лѣтъ, поступилъ въ клинику недѣлю назадъ (8-го ноября), жалуясь на то, что животъ «пухнетъ» и на слабость; причемъ прибавилъ, что онъ уже лежалъ въ больницѣ, гдѣ ему сказали, что у него болѣзнь—эхинококкъ печени.

Образъ жизни и анамнезъ. Послѣдній годъ, по нездоровью, больной живетъ въ деревнѣ (Рязанской губерніи), въ здоровой мѣстности; прежде живалъ попеременно въ деревнѣ и въ Москвѣ, въ обычныхъ условіяхъ крестьянина и рабочаго человѣка. Занятія въ деревнѣ—крестьянскія, въ Москвѣ—столярныя работы. Водку пилъ мало. Женатъ и имѣетъ дѣтей (выкидышей не было).

Больной происходитъ изъ здоровой семьи и до послѣднихъ 4-хъ лѣтъ ничѣмъ не хворалъ. 4 года назадъ сталъ замѣчать опухоль въ правомъ подреберьѣ, которая не болѣла, но постоянно увеличивалась и, наконецъ, настолько стала мѣшать занятіямъ и движеніямъ больнаго, что три года назадъ онъ легъ въ больницу, гдѣ ему сдѣлали операцію, выпустили жидкость и сказали, что его болѣзнь—эхинококкъ (больной очень точно запомнилъ названіе) печени. Больной оставался въ больницѣ 7 мѣсяцевъ и вышелъ безо всякихъ слѣдовъ прежней

опухоли. Полтора года послѣ того онъ чувствовалъ себя совершенно здоровымъ; но около года назадъ опять сталъ замѣчать опухоль въ правомъ подреберьѣ, уже нѣсколько болящую, которая тоже росла и мѣшала работать; при этомъ больной сталъ худѣть и слабѣть. Двѣ недѣли назадъ опухоль вдругъ уменьшилась, почти пропала, но одновременно также быстро животъ увеличился, сталъ болѣть и появился знобъ, жаръ и поносъ (слабило разъ 10 въ день, жидко); черезъ 2 дня лихорадка и поносъ прошли, а вскорѣ стихли совершенно и боли живота, но послѣдній сталъ расти; тогда больной пріѣхалъ въ Москву и легъ въ клинику.

Status въ день пріема. Аппетитъ хорошъ, но больной ѣстъ понемногу; иначе ему тяжело, особенно затрудняется дыханіе. Помимо того—никакихъ диспептическихъ явленій; на низъ правильно. Мочи 1.100 к. с., бѣлка и сахара въ ней нѣтъ. Явный и весьма большой асцитъ (рѣзкая флюктуація): окружность живота въ уровнѣ пупка — 98 сантим., отъ spina ilei ant. sup. до пупка—28 сантим. Печени за напряженностью растянутыхъ стѣнокъ живота ощупать невозможно. Болей и болѣзненности при давленіи въ животѣ нѣтъ. Діафрагма очень приподнята. Одышка при движеніи, въ покойномъ состояніи дыханіе—26; пульсъ 78, правиленъ, но слабъ; помимо того—ничего ненормальнаго въ органахъ дыханія и кровеобращенія, а также и въ нервной системѣ (лишь сонъ не крѣпокъ по причинѣ большаго, мѣшающаго движеніямъ и свободному дыханію живота). Лихорадки нѣтъ. Больной, какъ сказано, похудѣлъ и ослабѣлъ. Зараженіе сифилисомъ онъ отрицаетъ и никакихъ указаній на него нѣтъ.

Больной поставленъ въ правильныя условія, животъ завязанъ фланелью, внутрь назначено мочегонное (kali aceticum) и вино (отъ 6 до 8 столовыхъ ложекъ портвейна въ день).

Status сегодня. Больной чувствуетъ себя получше: дышатъ свободнѣе и самъ покрѣпче, сонъ тоже лучше; объемъ жи-

вота не представляетъ замѣтнаго уменьшенія, но мочи прибавилось почти вдвое (2.000 к. ц.).

Распознаваніе. Очевидно, что у больнаго за послѣдній годъ вновь образовался эхинококковый пузырь, который вскрылся въ полость брюшины (а можетъ быть, одновременно, и въ кишки). Противъ того, чтобы это былъ нарывъ въ печени, говоритъ отсутствіе сильныхъ болей и лихорадки за время (около года) болѣзни: боли были весьма небольшія, а лихорадки совсѣмъ не было; аппетитъ постоянно оставался хорошимъ, но больной не могъ ѣсть, сколько хотѣлъ (мѣшало давленіе увеличенной печени на желудокъ), а потому худѣлъ и слабѣлъ. Вскрытіе эхинококковаго пузыря въ полость брюшины повело къ легкому перитониту, скоро прошедшему, но вызвавшему асцитъ.

Лѣченіе. Скопленія въ полости брюшины большею частью не поддаются внутреннему лѣченію, а требуютъ оперативнаго (радикальнаго, а, гдѣ невозможно, палліативнаго, т.-е. выпусканія жидкости). Къ счастью въ настоящемъ,—весьма рѣдкомъ,—случаѣ дѣло стоитъ болѣе благопріятно. Явленія перитонита были такъ легки (боли были не жестоки, рвоты не было, лихорадка не сильна) и скоропреходящи, что можно надѣяться на хорошее, малоизмѣненное состояніе брюшины и слѣдовательно на возможное всасываніе скопившейся жидкости. Печень въ своей, непострадавшей отъ эхинококка части функціонируетъ правильно (пищевареніе нормально, кишечныя испражненія хорошо окрашены желчью), слѣдовательно можно надѣяться на достаточно свободное кровеобращеніе въ печени, а потому и въ системѣ воротной вены. Аппетитъ хорошъ, желудокъ, кишки, почки и всѣ другіе органы здоровы. Все это даетъ надежду на возможность всосанія скопившейся въ брюшинѣ жидкости; а потому приступить прямо къ операціи было бы неправильно: слѣдуетъ испытать внутреннее лѣченіе.

Поставивши больнаго въ правильныя гигіеническія условія, мы назначили, для способствованія всасыванію скопившейся жидкости, мочегонное лѣченіе. Потогонное лѣченіе (напр. теплыя ванны, пилокарпинъ) могло бы ослабить дѣятельность сердца и тѣмъ, пожалуй, способствовать не всасыванію, а увеличенію скопленія; не говоря уже о томъ, что, по состоянію больнаго, по затрудненію его дыханія и кровеобращенія, такое лѣченіе могло бы быть опаснымъ. Лѣченіе слабительными могло бы разстроить пищевареніе и питаніе и, потому, ухудшить, а не улучшить состояніе больнаго. Назначая мочегонное лѣченіе, мы направили его на два главные фактора мочеотдѣленія—сердце и почки: для перваго дали вино (пульсъ больнаго былъ слабъ), а для вторыхъ—kali aceticum (острыя мочегонныя, какъ adonis vernalis, squilla и пр. могли бы разстроить пищевареніе и ослабить больнаго), по полдрахмѣ въ день (Rp. kali acetici ʒj, aquae petroselini ℥vj — на два дня, принимать по столовой ложкѣ), при чемъ послѣ четырехъ дней употребленія этого средства слѣдующіе два дня больной не принималъ его.

Состояніе больнаго видимо улучшается, а потому планъ лѣченія остается прежній; но въ виду того, что полдрахмы въ день kali acetici—пріемъ небольшой, а больной переноситъ лѣкарство совершенно хорошо, увеличимъ пріемъ, назначимъ драхму въ день (Rp. kali acetici ʒjj, aquae petroselini ℥vj—на два дня, принимать по столовой ложкѣ). Порядокъ пріема остается прежній, т.-е. послѣ четырехъ дней употребленія—двухдневная перемежка: такимъ образомъ и пищевареніе надежнѣе сохранится въ хорошемъ состояніи и не образуется привычки къ лѣкарству, ведущей къ болѣе слабому дѣйствію послѣдняго.

Изъ лекціи 12 декабря 1890.

Status. Больной заявляетъ, что чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Дѣйствительно: аппетитъ превосходный, пищева-

реніе правильно, количество мочи—2.000 (доходило до 3.300), селезенка нормальна, животъ нормальной величины (окружность—72,5 сантим., разстояніе отъ пупка до spina ilei ant. sup.—15 сант.), діафрагма на мѣстѣ, никакихъ слѣдовъ бывшаго скопленія, дыханіе, кровеобращеніе и нервная система въ нормѣ, больной пополнѣлъ и совершенно окрѣпъ. Печень совершенно неболѣзненна и замѣтно увеличена въ своей лѣвой долѣ (въ правой не замѣчается ничего ненормальнаго). Эхинококковые пузыри всего чаще бываютъ въ правой долѣ печени: ограниченіе функціи этой части органа можетъ вести къ усиленной функціи и гипертрофіи лѣвой его доли.

Больному сказано, что весьма возможно, что не будетъ образовываться новыхъ опухолей, но чтобы, въ случаѣ такого образованія, онъ своевременно искалъ врачебной помощи.

ДЕСЯТЫЙ СЛУЧАЙ. *)

Февраль 1890.

Больной, 33 лѣтъ, поступилъ въ клинику 3 февраля 1890, жалуясь на боли въ правомъ боку и одышку.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной живетъ въ Москвѣ. Помѣщеніе изрядное, отхожее мѣсто холодное. Часто ходитъ въ баню, потливъ. По занятіямъ—кладовщикъ на желѣзнодорожной станціи: ведетъ книги и наблюдаетъ за выдачей и пріемкой матеріаловъ; занятія неутомительны. Женатъ, но жена не была беременна. Сильно злоупотреблялъ водкой, начиная съ 23-хъ-лѣтняго возраста, но со времени болѣзни, съ іюля прошлаго года совсѣмъ бросилъ пить.

Въ декабрѣ 1877 больной заразился сифилисомъ и лѣчился два мѣсяца іодистымъ каліемъ, а годъ спустя, въ больницѣ (въ Петербургѣ), ртутными втираніями и тоже іодистымъ каліемъ. Съ тѣхъ поръ, въ теченіе десяти лѣтъ (до лѣта 1889) ничего болѣзненнаго въ себѣ не замѣчалъ и ничѣмъ не лѣчился. Лѣтомъ 1889 сталъ чувствовать тяжесть въ животѣ

---

*) Больной дважды находился въ клиникѣ: въ февралѣ 1890 и съ половины февраля до половины апрѣля 1891; предметомъ лекцій былъ въ 1891 году, а въ первое пребываніе въ клиникѣ былъ извѣстенъ слушателямъ по вечернимъ занятіямъ съ ассистентами. Здѣсь исторія его излагается въ обычной настоящему изданію формѣ.

и одышку, а вскорѣ потомъ боли въ правомъ подреберьѣ, усиливавшіяся по ночамъ и при движеніи. Больной бросилъ пить водку—сразу, послѣ чего аппетитъ сталъ хуже, на низъ стало крѣпить, одышка усилилась, больной сталъ худѣть и слабѣть. По совѣту врача (уже тогда нашедшаго большое увеличеніе печени) больной пилъ, въ теченіе мѣсяца, Ессентуки № 17 и принималъ слабительное, но безъ всякаго облегченія. Съ 1 сентября (1889) больной лѣчился, въ теченіе трехъ недѣль, въ больницѣ ртутными втираніями (всего около 10) и іодистымъ каліемъ внутрь, а потомъ принималъ послѣдній (все въ одномъ и томъ же, не увеличивающемся пріемѣ, ложки 3—4 въ день) дома еще три недѣли: боли стали на время легче. Затѣмъ, до поступленія въ клинику, больной не лѣчился и состояніе его продолжало ухудшаться.

Status 3 февраля. Сложеніе крѣпкое. Аппетитъ порядочный, но больной ѣстъ немного, потому что чувство тяжести въ животѣ усиливается послѣ ѣды. Диспепсіи нѣтъ. На низъ сильно крѣпитъ. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ. Животъ увеличенъ, небольшой асцитъ. Селезенка немного увеличена. Печень очень увеличена: верхняя граница (по перкуссіи) выше нормы, а свободный край ощупывается больше, чѣмъ на ширину ладони ниже ребернаго края; притомъ онъ не остръ, а тупъ; другихъ измѣненій въ формѣ печени нѣтъ; печень плотнѣе нормальнаго и, при давленіи, вездѣ болѣзненна; подвижность печени при дыхательныхъ движеніяхъ мала. Желтухи нѣтъ и прежде не было. Сердце сдвинуто кверху, тоны чисты, пульсъ (66) слабъ, одышка. Въ дыхательныхъ органахъ ничего ненормальнаго. Лихорадки нѣтъ. Больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ. Сонъ плохъ отъ несвободнаго дыханія и ночнаго ожесточенія болей въ сторонѣ печени. Голова (особенно затылокъ) болитъ при запорѣ и облегчается при хорошемъ опорожненіи кишекъ.

Распознаваніе. Если лица, издавна и въ значительномъ количествѣ употребляющія крѣпкіе спиртные напитки, сразу

бросаютъ пить, то слѣдствіемъ этого обыкновенно появляется цѣлый рядъ разстройствъ: аппетитъ уменьшается, на низъ начинаетъ или крѣпить, или слабить (вмѣсто прежняго правильнаго опорожненія кишекъ), пульсъ дѣлается слабъ и является одышка, больной худѣетъ, плохо спитъ и слабѣетъ тѣлесно и душевно. Какъ видно изъ анамнеза, часть разстройствъ, замѣчаемыхъ у нашего больнаго,—несомнѣнно такого происхожденія; остальная же зависитъ отъ очевидной болѣзни печени: послѣдняя очень увеличена и болѣзненна, асцитъ и увеличеніе селезенки свидѣтельствуютъ о затрудненіи воротновенознаго кровеобращенія.

Какая болѣзнь печени въ данномъ случаѣ? Анамнезъ, а отчасти и симптомы (регулярное усиленіе печеночныхъ болей по ночамъ) указываютъ на сифилисъ, какъ на ближайшую причину пораженія печени; вліяніе долговременнаго злоупотребленія водкой, конечно, тоже нельзя отрицать. При такихъ данныхъ и послѣ всего, что было сказано, по поводу предыдущихъ случаевъ, о діагностикѣ болѣзней печени вообще и, въ частности, объ ихъ дифференціальной діагностикѣ, нѣтъ повода останавливаться долѣе на исключеніи другихъ пораженій печени въ данномъ случаѣ. Изъ двухъ пораженій печени, на возможность которыхъ указываетъ анамнезъ, которое вѣроятнѣе, сифилитическое или водочное? Данныя, говорящія за сифилисъ печени, безспорны: печень болѣзненна (что мало свойственно водочному пораженію печени), боли по ночамъ сильнѣе, специфическое лѣченіе облегчаетъ боли, печень очень велика (что мало свойственно водочному страданію печени); прямыхъ же указаній на существованіе и водочнаго пораженія печени нѣтъ никакихъ (затрудненіе воротновенознаго кровеобращенія свойственно и сифилису печени), нельзя лишь отрицать его возможности въ данномъ случаѣ.

Какое именно сифилитическое пораженіе печени въ данномъ случаѣ? Во 1-хъ есть указанія на сифилитическій перигепатитъ, а именно: болѣзненность печени, усиленіе болей

по ночамъ и ограниченіе дыхательныхъ движеній этого органа (впрочемъ значеніе послѣдняго симптома ослабляется тѣмъ, что, при большомъ объемѣ печени и напряженіи брюшныхъ стѣнокъ, дыхательныя движенія этого органа и помимо вліянія возможныхъ сращеній отъ перигепатита менѣе свободны, чѣмъ въ нормальныхъ условіяхъ). Указаній на значительныя гуммозныя опухоли нѣтъ: поверхность печени гладка. Остаются, слѣдовательно, изъ числа сифилитическихъ пораженій печени, мелкія разсѣянныя гуммозныя образованія, разлитой межуточный гепатитъ и его исходъ—циррозъ печени, которымъ и слѣдуетъ приписать въ данномъ случаѣ увеличеніе этого органа. Какое изъ послѣдненазванныхъ пораженій преобладаетъ—конечно, нельзя сказать: признаки затрудненнаго воротновенознаго кровеобращенія указываютъ на уже имѣющійся циррозъ.

Предсказаніе. Боли печени, вызываемыя перигепатитомъ легко уступаютъ специфическому лѣченію, особенно препаратамъ іода. Всего же лучше предсказаніе, когда имѣются лишь гуммозныя опухоли, хотя бы и значительныя, но безъ пораженія остальной части органа; здѣсь возможно полное излѣченіе. Гораздо хуже предсказаніе при разлитомъ межуточномъ гепатитѣ и его исходѣ—циррозѣ печени: здѣсь успѣхъ лѣченія бываетъ незначителенъ и скоропреходящъ; ухудшенія болѣзни (послѣ временнаго облегченія) еще труднѣе поддаются лѣченію и обыкновенно ведутъ къ смерти. Повидимому въ печени бываетъ тоже, что въ нервной системѣ (а вѣроятно и во всѣхъ другихъ органахъ), т.-е. явно сифилитическое пораженіе (гуммозное?),—какъ въ нервной системѣ—lues головнаго и спиннаго мозга,—вполнѣ уступающее специфическому лѣченію и такое, связь котораго съ сифилисомъ очевидна (какъ для пораженій нервной системы, прогрессивнаго паралича и tabes dorsualis, показываетъ статистика), но при которомъ специфическое лѣченіе далеко не имѣетъ того дѣйствія. Виды на исходъ болѣзни у нашего больнаго, у котораго столь явные признаки пораженія *всей* печени и, вмѣ-

стѣ, симптомы уже наступившаго затрудненія въ воротно-венозномъ кровеобращеніи, конечно не хороши; но такъ какъ больной всегда лѣчился лишь урывками, недостаточно настойчиво и недостаточно интенсивно, то послѣднее слово въ предсказаніи будетъ зависѣть отъ лѣченія.

Лѣченіе. Поставивъ больнаго въ правильныя гигіеническія условія, назначимъ ему немного крѣпкаго вина (такъ какъ пульсъ слабъ и больной теперь болѣе, чѣмъ когда-либо нуждается въ этомъ привычномъ для него стимулѣ), противъ запора—водяныя промывательныя и, противъ главнаго страданія, специфическое лѣченіе, вначалѣ іодъ въ видѣ іодистаго натрія. Назначимъ іодъ, а не ртуть, во 1-хъ потому, что въ позднѣйшемъ стадіѣ сифилиса (въ каковомъ, какъ видно и изъ анамнеза и изъ самой формы сифилитическаго пораженія находится нашъ больной) болѣе идетъ іодъ, во 2-хъ потому, что здоровье больнаго очень ослабѣло, а ртутное лѣченіе уже само скорѣе можетъ ослабить, чѣмъ іодистое и въ 3-хъ потому, что сифилитическія боли особенно легко и быстро уступаютъ іодистому лѣченію. Іодистый натрій будемъ давать въ щелочной минеральной водѣ (въ Виши, до $1\frac{1}{2}$ стакана въ день), потому что въ ней іодистые препараты лучше переносятся организмомъ, а также потому, что у больнаго моча красна, очень кисла и насыщена мочекислыми солями. Въ такихъ случаяхъ, какъ настоящій, іодистые препараты слѣдуетъ, какъ показываетъ опытъ, давать въ постоянно увеличивающемся и вообще въ большомъ количествѣ. Отъ результата іодистаго лѣченія будетъ зависѣть, что дѣлать далѣе.

Status 28 февраля. Больной принималъ іодистый натрій слѣдующимъ образомъ:

		4-го	февраля	— 20	грановъ,
5	и	6-го	»	по 30	»
7	»	10-го	»	» 40	»
11	»	15-го	»	» 50	»
16	»	20-го	»	» 60	»
21	»	28-го	»	» 70	»

Іодистый натрій давался въ растворѣ (ʒjj на ℥vj aquae dest.), столовыми ложками, съ прибавкой небольшаго количества въ началѣ воды Виши—Селестенъ, а потомъ,—такъ какъ больнаго стало немного слабить,—воды Эмсъ—Кессельбрунъ (всего въ сутки около $1^1/_2$ стакана).

Сегодня больной заявилъ, что чувствуетъ себя настолько хорошо, что, опасаясь потерять мѣсто, долженъ выйти изъ клиники. Состояніе его таково: аппетитъ очень хорошъ, на низъ правильно (клистиры понадобились лишь въ первые дни пребыванія больнаго въ клиникѣ), мочи больше, она свѣтла и не красна, всѣ боли исчезли, пульсъ лучше, сонъ хорошъ, больной очень окрѣпъ, печень совершенно неболѣзненна, но уменьшилась (если уменьшилась) очень мало, также какъ и асцитъ.

Больному объяснена вся серьёзность его положенія, объяснено, что хотя боли исчезли, аппетитъ и сонъ поправились и силы окрѣпли, но важнѣйшіе и опаснѣйшіе симптомы—увеличеніе печени и водянка живота замѣтно не поддались іодистому лѣченію, что лѣченіе должно настойчиво продолжаться, что теперь необходимо лѣчиться ртутью, а правильное, безъ риска нанести вредъ, употребленіе такого сильнаго средства, какъ ртуть, возможно лишь при ближайшемъ врачебномъ наблюденіи и правильной обстановкѣ, т.-е. въ больницѣ и что всякая отсрочка такого лѣченія опаснымъ образомъ уменьшитъ возможность хорошаго исхода болѣзни. Больной объявилъ, что ему необходимо вернуться къ своимъ занятіямъ и что онъ постарается лѣчиться дома; на слѣдующій день онъ оставилъ клинику.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. Больной въ теченіи марта продолжалъ принимать іодистый натрій, понемногу и неаккуратно, но до іюня чувствовалъ себя почти также хорошо, какъ и при выходѣ изъ клиники. Съ іюня опять сильныя боли въ правомъ боку и больной сталъ лѣчиться—каломелемъ, по 4 порошка въ день (доза неизвѣстна, слабило при этомъ слег-

ка) и притомъ такимъ образомъ: недѣлю принималъ каломель, недѣлю нѣтъ; при этомъ полоскалъ ротъ бертолетовой солью и пораженія дёсенъ не было. Такое лѣченіе продолжалось іюнь, іюль и августъ. Больному стало получше и такое сносное состояніе продолжалось до февраля 1891, когда снова заболѣлъ правый бокъ, сталъ быстро увеличиваться животъ, а затѣмъ опухли ноги. 18-го февраля больной во второй разъ поступилъ въ клинику.

Status 18-го февраля. Аппетитъ очень плохъ; диспепсіи собственно нѣтъ, а тошнота и иногда рвота скорѣе уремическаго характера (не послѣ ѣды, а въ связи съ головной тяжестью и болью). На низъ иногда крѣпитъ, иногда поносъ. Въ мочѣ много бѣлка, есть и цилиндры (гіалиновые и зернистые); мочи въ сутки—500 к. ц. Большой асцитъ (ноги же отекли до половины голеней), селезенка не прощупывается. Печень—такая же, какъ годъ назадъ, болѣзненность при давленіи не велика. Сердце сдвинуто вверхъ, пульсъ—96 и слабъ. Дыхательные органы нормальны. Лихорадки нѣтъ. Сонъ очень плохъ. Больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ.

Лѣченіе. Правильныя гигіеническія условія, вино, когда нужно—промывательное. Такъ какъ больной довольно много лѣчился ртутью, а іоду не принималъ почти уже годъ, то назначенъ іодистый натрій, спачала въ небольшомъ количествѣ Эмской воды, а потомъ въ кипяченомъ молокѣ. При употребленіи іодистаго натрія наклонность больнаго къ поносу увеличилась, а потому одновременно давали t-ram coto, отъ 10 до 20 капель 4 раза въ день, что дало возможность провести іодистое лѣченіе въ теченіи шести недѣль и дойти до 90 грановъ іодистаго натрія въ сутки; но улучшенія не было: 27-го февраля пришлось выпустить изъ брюшной полости 3.000 к. ц. жидкости (чисто транссудативнаго характера). Съ 19-го марта одновременно съ употребленіемъ іодистаго натрія стали дѣлать ртутныя втиранія (по полудрахмѣ сѣрой мази въ сутки);

25-го марта пришлось, однако, вновь выпустить 3.000 к. ц. Въ концѣ марта специфическое лѣченіе, какъ іодистое, такъ и ртутное, прекращено (всего сдѣлано 10 втираній) и продолжалось лишь возможное укрѣпляющее. 12-го апрѣля больной вышелъ изъ клиники въ такомъ же состояніи, какъ поступилъ въ неё: скопленіе въ полости живота, послѣ послѣдняго прокола, еще не увеличилось до прежней степени, но продолжало расти.

II. Ревматизмъ и подагра.

ОДИННАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 29-го ноября 1889.

Больной, крестьянинъ — водовозъ 25 лѣтъ, поступилъ въ клинику, жалуясь на сильныя боли въ сочлененіяхъ, потерю аппетита и слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больной живетъ въ Москвѣ. Помѣщеніе жаркое, отхожее мѣсто холодное. Часто ходитъ въ баню и пьетъ много горячаго чаю, очень потливъ. Водку употребляетъ умѣренно. Пища—обыкновенная рабочаго человѣка. Работы много и къ концу дня больной сильно устаетъ. Холостъ.

До настоящей болѣзни больной былъ всегда здоровъ, за исключеніемъ головныхъ болей, появлявшихся въ жаркое время года при полевыхъ работахъ и проходившихъ послѣ носоваго кровотеченія. Недѣлю назадъ, 21-го ноября, больной сильно прозябъ и вечеромъ почувствовалъ знобъ, жаръ и боли въ сочлененіяхъ, ничѣмъ не лѣчился и до поступленія въ клинику, 27-го ноября, чувствовалъ себя хуже и хуже. 27-го и 28-го ноября дали больному семь порошковъ салициловаго натра, по 10 грановъ каждый, въ Эмской водѣ (Кессельбрунъ), послѣ чего довольно сильно зашумѣло въ ушахъ, а боли очень облегчились и салициловаго натра больше не давали.

Болящія сочлененія намазали теплымъ деревяннымъ масломъ и обернули ватой.

Status. Появился аппетитъ, диспепсіи нѣтъ, на низъ правильно. Моча, бывшая красною и довольно насыщенною, посвѣтлѣла; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ. Печень и селезенка въ нормальномъ состояніи, такъ же какъ органы дыханія и кровеобращенія, а равно и нервная система. Температура при поступленіи—38,2°, теперь—36,8°. При поступленіи больной, вообще потливый, сильно потѣлъ, сегодня потѣетъ мало. При поступленіи были поражены всѣ ножныя сочлененія (кромѣ лѣваго тазобедреннаго) и оба локтевыя: боли были крайне сильны, больной избѣгалъ всякихъ движеній; небольшая опухоль замѣчалась лишь въ колѣнныхъ сочлененіяхъ. Сегодня всѣ боли очень стихли, но слегка чувствуются еще вездѣ, гдѣ были прежде; опухоль колѣнныхъ сочлененій изчезла. Шумъ въ ушахъ еще продолжается, но уже весьма слабый.

Распознаваніе. Очевидно, что у больнаго острый сочленовный ревматизмъ. За это говоритъ, кромѣ столь характерной картины болѣзни, острое начало послѣдней въ дотолѣ здоровомъ организмѣ при столь же характерныхъ для нея располагающихъ (жаркое помѣщеніе, частыя бани, горячій чай, потливость, постоянное утомленіе отъ тѣлесной работы и наконецъ простуда) условіяхъ, а также столь рѣшительное дѣйствіе салициловаго натра, который противъ остраго сочленовнаго ревматизма—едва ли менѣе специфическое средство, чѣмъ хининъ противъ маляріи. Мы не знаемъ никакой другой болѣзни, которая могла бы такъ быстро вызвать такую совокупность симптомовъ и такъ быстро уступить салициловому натру.

Предсказаніе. Болѣзнь легка и уже проходитъ, но очень наклонна къ возвратамъ, особенно при условіяхъ, въ которыхъ живетъ больной и при его образѣ жизни.

Лѣченіе. Больному дано самое надежное средство противъ остраго сочленовнаго ревматизма—салициловый натръ: вы ви-

дите его дѣйствіе. Даю я салициловый натръ обыкновенно въ небольшомъ количествѣ (за день приходится отъ 1 до 2 стакановъ) щелочной воды Эмсъ-Кессельбрунъ или, у людей крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія, тѣмъ болѣе при наклонности къ подагрѣ, Виши-Селестенъ, потому что такимъ образомъ это средство лучше переносится. Больные, которые тяготятся непріятнымъ вкусомъ салициловаго натра, могутъ принимать послѣдній въ облаткахъ и запивать щелочною водой. Противъ остраго сочленовнаго ревматизма даю салициловый натръ непремѣнно до шума въ ушахъ (такъ же какъ хининъ противъ маляріи), довольно сильнаго, а иногда, въ тяжелыхъ случаяхъ, до очень сильнаго, конечно внимательно наблюдая за дѣятельностью сердца, которую большія дозы салициловаго натра, особенно даваемыя долго безъ перерыва, могутъ ослабить до степени коллапса. Опытъ показалъ мнѣ, что такой образъ употребленія салициловаго натра противъ остраго сочленовнаго ревматизма (такъ же какъ и хинина противъ маляріи) даетъ наилучшіе результаты: болѣзнь прерывается быстро и прочно,—не тянется и не возвращается (какъ при нерѣшительной дачѣ названаго средства, въ малыхъ дозахъ и не доводя до опредѣленнаго дѣйствія), что крайне важно, потому что, чѣмъ скорѣе и прочнѣе прерывается болѣзнь, тѣмъ вѣрнѣе избѣгается развитіе опасныхъ ея осложненій, сердечныхъ и другихъ. Какъ только шумъ достаточно (судя по силѣ болѣзни) силенъ, тотчасъ прерываю употребленіе салициловаго натра. Бываетъ нерѣдко, что съ появленіемъ достаточно сильнаго шума боли въ сочлененіяхъ и лихорадка исчезаютъ и не возвращаются, такъ что болѣе не приходится давать упомянутое средство. Если же шумъ замѣтно ослабѣлъ, а боли и лихорадка, хотя и въ гораздо меньшей степени, продолжаются, то тотчасъ назначаю вновь салициловый натръ. Начинаю давать это средство (у взрослыхъ) съ 10 грановъ каждые два часа; но если случай тяжелый и названная доза хорошо переносится, то быстро увеличи-

ваю ее, даю 15 и потомъ 20 грановъ каждые два часа, внимательно наблюдая (вновь повторяю) за пульсомъ и, въ случаѣ нужды, давая возбуждающія (напр. t-ra valer. aether. и liqu. anodyn. Hofm. āā).

Какъ выше сказано, у нашего больнаго лихорадка и опухоль колѣнныхъ сочлененій исчезли, а боли крайне уменьшились, но слегка чувствуются еще вездѣ, гдѣ были прежде; шумъ же въ ушахъ, по прекращеніи дачи салициловаго натра, постепенно уменьшаясь, сталъ очень слабъ. Поэтому, согласно съ вышесказаннымъ, опять будемъ давать названное средство, не увеличивая пріема, потому что дѣйствіе его и безъ того достаточно, а случай—легкій.

Противъ остраго сочленовнаго ревматизма помогаетъ также антипиринъ. Описаны даже немногіе случаи этой болѣзни, гдѣ салициловый натръ не помогалъ, а антипиринъ помогъ. Мнѣ такихъ случаевъ не встрѣчалось и, судя по наличности своихъ и чужихъ наблюденій, все же считаю салициловый натръ самымъ надежнымъ средствомъ противъ остраго сочленовнаго ревматизма; къ тому же антипиринъ въ большихъ дозахъ еще опаснѣе для сердца, чѣмъ салициловый натръ.

Тяжелые случаи остраго сочленовнаго ревматизма съ сердечными и другими осложненіями могутъ, конечно, условливаться особенно сильнымъ дѣйствіемъ его болѣзнетворной причины,—по всей вѣроятности паразитной, потому что острому сочленовному ревматизму присущи всѣ характеры заразной болѣзни и притомъ острой, — но, какъ выше сказано, замѣчаются особенно часто тогда, когда болѣзнь долго остается безъ правильнаго лѣченія, не прерывается быстро вначалѣ, а больной продолжаетъ подвергаться простудѣ (напр. въ плохомъ помѣщеніи, въ холодномъ отхожемъ мѣстѣ) и травматическимъ вліяніямъ (не можетъ достаточно покоить себя, встаетъ, вообще дѣлаетъ движенія). Въ такихъ же случаяхъ часто не бываетъ быстраго перерыва болѣзни и исхода прямо въ выздоровленіе, а остается хроническое страданіе одного

или чаще нѣсколькихъ сочлененій, для котораго укоренилось названіе «*хроническаго ревматизма*»,—названіе неправильное, вводящее смуту въ понятія и мѣшающее точной діагностикѣ (а слѣдовательно и терапіи) разнообразныхъ страданій, огульно покрываемыхъ этимъ названіемъ (мнѣ придется еще остановиться на этомъ предметѣ). Остающееся страданіе (обыкновенно одного сочлененія) иногда переходитъ въ сильное воспаленіе съ исходомъ въ нагноеніе, что указываетъ на присоединившееся вторичное зараженіе гноеродными микроорганизмами.

Хроническія страданія сочлененій послѣ остраго сочленовнаго ревматизма часто остаются также въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ поражаетъ организмъ уже не здоровый, а больной, напр. бугорчаткой (такъ въ случаяхъ остраго сочленовнаго ревматизма у юныхъ «золотушныхъ» особъ), а чаще сифилисомъ или подагрой, даже лишь расположеніемъ къ подагрѣ. Въ виду предстоящихъ лекцій о «хроническомъ ревматизмѣ» и подагрѣ остановлюсь на отношеніи остраго сочленовнаго ревматизма къ этой послѣдней болѣзни.

Фактически подагра есть скопленіе мочекислыхъ солей въ крови и отложеніе ихъ (главнымъ образомъ кислаго мочекислаго натра) въ различныхъ (можетъ быть во всѣхъ) тканяхъ и органахъ, всего чаще въ сочлененіяхъ, въ ихъ хрящахъ и другихъ тканяхъ,—отложеніе, вызывающее разнообразныя (смотря по различію пораженныхъ мѣстъ) страданія. Откуда скопляются мочекислыя соли въ крови—вопросъ спорный; но безспорно, что такому скопленію способствуютъ излишняя пища и вино при тѣлесно недѣятельномъ образѣ жизни, т.-е. условія, ослабляющія въ организмѣ процессы окисленія. Извѣстный клиницистъ Эбштейнъ не безъ основанія полагаетъ, что преимущественному отложенію мочекислыхъ солей въ сочлененіяхъ благопріятствуетъ обильное образованіе мочевой кислоты въ сосѣднихъ сочлененіямъ органахъ, костномъ мозгу и мышцахъ. Острый сочленовный ревматизмъ сопровож-

дается лихорадочнымъ состояніемъ (условливающимъ усиленное образованіе мочевой кислоты) и обильнымъ потомъ, такъ что моча очень уменьшается въ количествѣ, бываетъ очень красна и насыщена (остынувъ, даетъ обильный отстой мочекислаго натра). Понятно, что если такой болѣзненный процессъ, условливающій усиленное образованіе и уменьшенное выведеніе (вслѣдствіе уменьшенія количества мочи) мочевой кислоты, поразитъ не только подагрика, но лишь расположеннаго къ подагрѣ, то послѣдняя можетъ тотчасъ обнаружиться. Дѣйствительно, иногда приходится наблюдать слѣдующее. Человѣкъ лѣтъ подъ 40, хорошаго сложенія, излишняго питанія и съ хорошимъ пищевареніемъ, хорошо кушающій, изрядно выпивающій и тѣлесно недѣятельный, давно уже замѣчающій у себя красную мочу, словомъ кандидатъ на подагру, но не представляющій еще ни единаго мѣстнаго ея симптома, поражается острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ, лихорадитъ, потѣетъ и выводитъ мало красной мочи съ обильнымъ «кирпичнымъ» отстоемъ. Даютъ правильно салициловый натръ и быстро прерываютъ болѣзнь: лихорадка и боль исчезаютъ. Больной чувствуетъ себя хорошо, но дня 2—3 спустя объявляетъ, что «ревматизмъ вернулся» въ *большомъ пальцѣ правой ноги* и страшно промучилъ его всю ночь. Болящее мѣсто оказывается опухшимъ и покраснѣвшимъ, но всѣ остальныя сочлененія тѣла совершенно свободны и лихорадки нѣтъ; словомъ у больнаго—типическій острый подагрическій инсультъ и ни малѣйшаго возврата остраго сочленовнаго ревматизма. Въ другихъ случаяхъ послѣдняго у подагриковъ или расположенныхъ къ подагрѣ, при правильномъ лѣченіи лихорадка стихаетъ и большинство сочленовныхъ пораженій исчезаетъ, но въ одномъ или нѣсколькихъ изъ пораженныхъ сочлененій остается хроническое страданіе уже подагрическаго характера.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни. Больной принялъ еще 6 порошковъ (60 грановъ) салициловаго натра, послѣ чего шумъ

усилился, а боли исчезли и осталась лишь общая слабость. При хорошемъ аппетитѣ больной быстро поправился и 11 декабря вышелъ изъ клиники. Въ послѣдніе (передъ выходомъ) дни ему дѣлали обтиранія всего тѣла водой съ водкой, укрѣплявшія его. При выходѣ больнаго, ему данъ совѣтъ въ холодную и сырую погоду въ баню не ходить, а дѣлать упомянутыя обтиранія, а также пить чаю меньше и не горячаго.

ДВѢНАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 19-го февраля 1891.

Больная, крестьянка 58 лѣтъ, поступила въ клинику 29 января, жалуясь на боли и опухоль въ рукахъ и ногахъ, главнымъ образомъ въ сочлененіи кисти и предплечія, колѣнномъ и голеностопномъ, а также въ мелкихъ сочлененіяхъ ручной кисти и стопы на обѣихъ сторонахъ. Боли продолжаются уже $1^1/_2$ года, очень усиливаются при движеніяхъ и тѣмъ крайне затрудняютъ послѣднія.

Образъ жизни и анамнезъ. Послѣдніе $1^1/_2$ года живетъ въ Москвѣ (прежде жила въ деревнѣ). Помѣщеніе сносное, отхожее мѣсто холодное. Въ банѣ бываетъ разъ въ мѣсяцъ. Чаю и водки не пьетъ и прежде не пила. Столъ—простаго рабочаго. Была замужемъ и имѣла дѣтей (выкидышей не было), давно уже вдовѣетъ. Послѣдніе $1^1/_2$ года, по болѣзни, не можетъ работать; прежде много и крайне утомительно работала на огородахъ.

Всегда до настоящей болѣзни была здорова. Осенью 1889, работая въ холодную погоду въ огородѣ, почувствовала боли въ пальцевыхъ сочлененіяхъ обѣихъ рукъ, продолжала работать, но боли очень усилились (и осложнились опуханіемъ болящихъ мѣстъ), такъ что работа стала невозможна. Обратилась къ врачу, который далъ мазь и, внутрь, сладковатые

порошки (повидимому салициловый натръ); стало полегче, но совсѣмъ болѣзнь не прошла, не позволяла работать и въ такомъ видѣ тянулась до начала послѣдней (на 1891) зимы, когда, съ наступленіемъ холодовъ, усилились прежнія боли и появились новыя, съ опухолью, въ остальныхъ изъ вышеперечисленныхъ пораженныхъ сочлененій.

Въ теченіи трехъ недѣль, проведенныхъ въ клиникѣ, больная пила ежедневно Ессентукскую воду (№ 17-й), сначала по $1^1/_2$, а потомъ по стакану въ день, принимала нѣсколько разъ (сначала черезъ день, а потомъ черезъ два) салициловый натръ (въ Ессентукской водѣ, сначала по 20, а потомъ по 40 griновъ ежедневно, что вызывало шумъ въ ушахъ); а съ 6-го февраля, какъ только пораженныя сочлененія, подъ вліяніемъ покоя, теплаго содержанія и упомянутаго лѣченія, стали значительно менѣе болѣзненны, ихъ начали массировать, а потомъ и электризовать стабильнымъ батарейнымъ токомъ: больной стало много лучше.

Status сегодня, 19 февраля. Аппетитъ всегдашній умѣренный. Желудокъ, кишки, печень и селезенка въ нормальномъ состояніи. Моча красновата, бѣлка и сахара не содержитъ. Менструація кончилась 15 лѣтъ назадъ. Органы дыханія въ нормальномъ состояніи (бывшій при поступленіи ничтожный бронхіальный катарръ, вызывавшій небольшой кашель, прошелъ), также какъ и органы кровеобращенія (лишь артеріи немного жестковаты). Больная, давно уже худощавая, за болѣзнь мало похудѣла. Температура при поступленіи была немного повышена (37,6°), но вскорѣ стала нормальною. Сонъ хорошъ. Ни головныхъ, ни иныхъ болей, помимо названныхъ сочленовныхъ, нѣтъ. Послѣднія очень уменьшились и движенія стали гораздо свободнѣе. Опухоль, особенно значительная (замѣтна и флюктуація) въ сочлененіи ручной кисти и предплечія, а также колѣнномъ обѣихъ сторонъ, уменьшилась, а бывшая при поступленіи легкая краснота и повышеніе температуры послѣдненазванныхъ сочлененій прошли.

Распознаванiе. Больная представляетъ образчикъ того, что обыкновенно обозначается въ руководствахъ частной патологiи, въ литературѣ вообще, а также и въ практикѣ хроническимъ сочленовнымъ ревматизмомъ или, если кромѣ сочлененiй поражены и другiе органы движенiя, мышцы, нервы и кости (т.-е. всѣ части костей, а не только ихъ сочленовные концы), просто хроническимъ ревматизмомъ. Я уже имѣлъ случай замѣтить, что считаю это названiе «неправильнымъ, вводящимъ смуту въ понятiя и мѣшающимъ точной дiагностикѣ (а слѣдовательно и терапiи) разнообразныхъ страданiй, огульно покрываемыхъ этимъ названiемъ». Воспользуюсь даннымъ,—единственнымъ, имѣющимся въ настоящее время въ клиникѣ,—случаемъ (хотя бываютъ другiе, болѣе сложные, которые были бы потому болѣе пригодные для моей цѣли), чтобы объяснить и обосновать свое мнѣнiе.

Слово *ревматизмъ*, давно утратившее свое древнее значенiе, и до сихъ поръ не имѣетъ опредѣленнаго: имъ, какъ сказано, обозначаютъ какъ острый сочленовный ревматизмъ,—рѣзко обособленную болѣзнь, не менѣе опредѣленную, чѣмъ корь, оспа, скарлатина, брюшной тифъ, сыпной тифъ и т. д., болѣзнь, которую нельзя смѣшать съ другими,—и такiе случаи, какъ настоящiй (о значенiи котораго буду говорить) и еще болѣе сложные и разнообразные какъ по поражаемымъ органамъ, такъ и, главнымъ образомъ, по этiологiи и, кромѣ того, сближающiеся многочисленными межуточными (по характеру симптомовъ) случаями съ узловатымъ или безобразящимъ пораженiемъ сочлененiй (arthritis nodosa s. deformans). Номенклатура конечно должна избѣгать ненужной ломки, не трогать укоренившихся и всѣмъ понятныхъ названiй, не вводить безъ нужды, ранѣе полнаго уясненiя сущности предмета новыхъ терминовъ, но все же должна стремиться къ точности. Если названiе ревматизмъ должно быть сохранено, то конечно подъ условiемъ прiобрѣтенiя опредѣленнаго значенiя: это требованiе вполнѣ выполняется, если сохранить это на-

званіе единственно для остраго сочленовнаго ревматизма, — болѣзни, какъ сказано, вполнѣ обособленной, опредѣленной. Названіе ревматизмъ, въ своемъ прежнемъ, древнемъ значеніи, конечно не будетъ точно соотвѣтствовать ни тому, что мы уже теперь знаемъ, ни тому, что, по всей вѣроятности, будемъ знать объ остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, но нисколько не менѣе, чѣмъ названія корь, оспа, скарлатина, чума и т. д. соотвѣтствуютъ обозначаемымъ ими болѣзнямъ. Точныя названія будутъ возможны тогда, когда сущность названныхъ болѣзней будетъ точно извѣстна, а до тѣхъ поръ должны оставаться, имѣютъ на то болѣе права, *укоренившіяся* названія: названіе ревматизмъ для упомянутаго, выше (одиннадцатый случай) разсмотрѣннаго остраго пораженія многихъ сочлененій не менѣе укоренилось, чѣмъ названія корь, оспа и т. д. для обозначаемыхъ ими болѣзней и, повторяю, обозначаетъ столь же рѣзко обособленную, опредѣленную болѣзнь, какъ и эти термины.

Если же сохранить названіе *ревматизмъ* для остраго сочленовнаго ревматизма, то можно ли, не лишая его опредѣленнаго значенія, прилагать его къ такимъ случаямъ, какъ настоящій и другіе, еще болѣе сложные, о которыхъ я упоминалъ и о которыхъ еще буду говорить? Очевидно нѣтъ, во 1-хъ потому, что эти случаи различны другъ отъ друга, представляютъ, какъ увидимъ, различныя и отъ различныхъ причинъ происходящія пораженія, а во 2-хъ нисколько не тождественны съ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ. Такъ настоящій: сначала заболѣли и опухли сочлененія ручныхъ пальцевъ и такъ остались доселѣ, *годъ спустя* заболѣли остальныя пораженныя сочлененія и такъ остаются. Гдѣ же картина остраго сочленовнаго ревматизма? Гдѣ одновременное и притомъ мѣняющееся, переходящее пораженіе многихъ сочлененій, гдѣ лихорадочное состояніе, гдѣ различныя осложненія, сердечныя и другія, которыхъ такъ естественно было бы ждать, если бы болѣзнь была дѣйствительно тѣмъ,

чтò называютъ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ и притомъ столь долго тянувшимся. Наконецъ и салициловый натръ, столь *специфически* дѣйствующій, столь рѣшительно *прерывающій* болѣзнь при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, въ настоящемъ случаѣ дѣйствовалъ (какъ видно изъ исторіи болѣзни и какъ мы наблюдали въ клиникѣ) лишь, какъ болеутоляющее (и притомъ несильное), не прерывая, не уничтожая болѣзни.

Правда, бываютъ такіе случаи, что явный, типическій острый сочленовный ревматизмъ не оканчивается быстрымъ прекращеніемъ болѣзни и выздоровленіемъ (обыкновенно вслѣдствіе того, что больной находится въ неблагопріятныхъ условіяхъ и не лѣчится или лѣчится, но неправильно, недостаточно энергично), а оставляетъ хроническое страданіе пораженныхъ сочлененій, которое тянется мѣсяцы и годы, представляется совершенно въ такомъ же видѣ, какъ настоящій случай, т. е. безъ характерныхъ особенностей остраго сочленовнаго ревматизма и также не уступаетъ салициловому натру, не излѣчивается этимъ средствомъ. Называть такіе случаи хроническимъ сочленовнымъ ревматизмомъ, т. е. считать ихъ за острый сочленовный ревматизмъ (болѣзнь, которой присущи всѣ признаки *остраго* инфекціоннаго страданія), перешедшій въ *хроническое* состояніе, было бы тоже, что называть остающійся иногда послѣ кори хроническій бронхіальный катарръ — *хроническою корью* или остающійся послѣ брюшнаго тифа хроническій поносъ — *хроническимъ брюшнымъ тифомъ.* Очевидно, что во всѣхъ названныхъ случаяхъ не специфическая острая инфекціонная болѣзнь перешла въ хроническое состояніе, а остались мѣстныя пораженія, вызываемыя ею и въ благопріятныхъ случаяхъ вмѣстѣ съ нею исчезающія, а въ неблагопріятныхъ остающіяся хроническими.

При хроническомъ пораженіи сочлененій, остающемся послѣ остраго сочленовнаго ревматизма, бываютъ иногда

явные возвраты послѣдняго: является лихорадочное состояніе, пораженія сочлененій ожесточаются и принимаютъ переходный характеръ, и салициловый натръ вновь хорошо дѣйствуетъ. Но такіе возвраты остраго сочленовнаго ревматизма, вообще весьма свойственные этой болѣзни и столь же часто бывающіе и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ бывшихъ ея приступовъ не остается ни малѣйшаго хроническаго страданія сочлененій, не могутъ доказывать, что существующее, — мѣсяцами и годами, — между приступами хроническое страданіе сочлененій было бы тождественно съ острою инфекціонною болѣзнью, которую называютъ острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ.

Что̀ же представляютъ такіе случаи хроническаго пораженія сочлененій, polyarthritis chronica, какъ настоящій и другіе, о которыхъ я упоминалъ? Здѣсь особенно нуженъ тщательный клиническій анализъ: я произвожу въ такихъ случаяхъ двойное изслѣдованіе и дѣлаю двойную діагностику — *анатомическую*, опредѣленіе пораженныхъ органовъ и тканей и *этіологическую*, опредѣленіе причинъ; поступаю такъ главнымъ образомъ потому, что терапія бываетъ различна не только по различію причинъ, но и по различію пораженныхъ органовъ (сочлененій, костей, мышцъ, нервовъ).

Анатомическое изслѣдованіе показываетъ слѣдующее. Всего чаще и преимущественно поражаются сочлененія; при этомъ слѣдуетъ опредѣлять состояніе сочленовныхъ концовъ костей и ихъ хрящей, состояніе сочленовной капсулы и лежащихъ внѣ ея мягкихъ частей. Рѣже замѣчаются пораженія (обыкновенно боли и опуханія),—кромѣ сочлененій,— и другихъ мѣстъ; тогда слѣдуетъ опредѣлять, что̀ именно поражено: *кожа* (гиперестезія, дерматитъ и проч.) или *кости* (всего чаще періоститъ, вызывающій боль, — усиливающуюся при давленіи, — и иногда опухоль), *хрящи* (напр. перихондритъ реберныхъ, гортанныхъ и ушныхъ хрящей,— всего чаще отъ подагры, — тоже вызывающій боль, усили-

вающуюся при давленіи), *мышцы* (міозитъ: повышенная температура, напряженность и болѣзненность при давленіи и движеніяхъ, а позднѣе похуданіе пораженныхъ мышцъ и образованіе въ нихъ циррозныхъ затвердѣній), *нервы* (невритъ: боли, болѣзненность при давленіи и разнообразныя функціональныя разстройства).

Изслѣдованіе причинъ показываетъ всего чаще слѣдующія: острый сочленовный ревматизмъ, а также, хотя много рѣже, другія острыя инфекціонныя болѣзни, — трипперъ (не могу не замѣтить, насколько названіе polyarthritis gonorrhoica предпочтительнѣе безсмысленнаго, путающаго понятія названія «трипперный ревматизмъ»), сифилисъ, бугорчатка, подагра, простуда, травматическія вліянія (не столько рѣзкія, какъ ушибы, пораненія и проч., сколько менѣе сильныя, но постоянно дѣйствующія, какъ — напряженная, утомительная тѣлесная дѣятельность), злоупотребленіе спиртными напитками (алкоголь не вызываетъ прямо пораженія сочлененій, но предрасполагающее къ нимъ вліяніе его очевидно).

Хроническія пораженія сочлененій, какъ сказано, бываютъ обыкновенно не простого происхожденія, а сложнаго, зависятъ отъ дѣйствія не одной, а нѣсколькихъ, даже многихъ причинъ, такъ, напр., отъ совокупнаго дѣйствія перенесеннаго остраго сочленовнаго ревматизма и въ то же время — подагры, сифилиса, простуды и травматическихъ вліяній.

Какое общее названіе болѣе пригодно для хроническихъ страданій, о которыхъ идетъ рѣчь? Если соблюсти необходимую для названія краткость, то всего лучше — polyarthritis chronica, потому что сочленовныя пораженія обыкновенно преобладаютъ и такое названіе не предрѣшаетъ точной діагностики (а слѣдовательно и терапіи) даннаго случая и не затемняетъ ее, какъ это дѣлаетъ терминъ хроническій «ревматизмъ».

Обратимся теперь къ анализу настоящаго случая. У лицъ такого возраста, какъ наша больная (58 лѣтъ) и живущихъ въ такой же тяжелой, полной лишеній обстановкѣ часто бываетъ подагра особаго вида, такъ называемая (въ противоположность обыкновенной, упомянутой по поводу предыдущаго случая) атоническая. У нашей больной нѣтъ характерныхъ проявленій подагры, напр., пораженія сочлененій большихъ ножныхъ пальцевъ, вообще преимущественнаго пораженія мелкихъ сочлененій (поражены и малыя и большія), а также явныхъ подагрическихъ отложеній около сочленовныхъ концовъ костей; но есть указанія на расположеніе къ подагрѣ—постоянно красноватая моча и, какъ показало наблюденіе въ клиникѣ, хорошее дѣйствіе на больную щелочной (Ессентукской) воды. Это расположеніе къ подагрѣ дѣлаетъ понятнымъ, почему тѣ вредныя вліянія, травматическія и простуда, которымъ больная въ теченіи своей трудовой жизни подвергалась безнаказанно, вызвали у нея, подъ старость, болѣзнь сочлененій. Касательно столь очевиднаго вліянія простуды (дважды повторявшееся заболѣваніе съ наступленіемъ холодовъ) стоитъ еще отмѣтить, что поражены именно тѣ сочлененія, которыя были или постоянно открыты (ручныхъ пальцевъ, пястныя и запястныя) или мало защищены (колѣнныя и голеностопныя, ибо больная не носитъ ни кальсонъ, ни юпокъ, а стопы все же были обуты). Какъ уже сказано, въ больныхъ сочлененіяхъ оказываются пораженными мягкія части, лежащія внѣ сочленовной капсулы (опухоль, а при поступленіи еще повышенная температура и легкая краснота) и сама капсула (флюктуація); признаковъ пораженія костей нѣтъ.

Предсказаніе. Судя по хорошему ходу лѣченія, можно надѣяться на удовлетворительный исходъ болѣзни, на возвращеніе въ значительной мѣрѣ свободы движеній, конечно если больной удастся избѣжать въ будущемъ вредныхъ вліяній, способныхъ вызвать возвратъ болѣзни.

Лѣченіе. Почему назначена щелочная вода и почему, — у больной 58 лѣтъ и неблестящаго питанія, — въ небольшомъ количествѣ вамъ конечно понятно. Прибавлю, что если атоническая подагра бываетъ у больныхъ, долго хворавшихъ прежде обыкновенною формою подагры, пившихъ много щелочныхъ водъ и сильно упавшихъ въ своемъ питаніи, то приходится давать или самыя легкія щелочныя воды (Эмсъ) или землистыя (Контрксевиль). Питаніе нашей больной, правда, не блестяще, но и упавшимъ его нельзя назвать, минеральныхъ же водъ она никогда не пила, а потому ей и назначена весьма дѣйствительная щелочная вода (Ессентукская, № 17-й), но, какъ сказано, въ небольшомъ количествѣ: ходъ лѣченія вполнѣ оправдываетъ такое назначеніе. — Салициловый натръ, какъ болеутоляющее, достаточно облегчилъ больную. Массажъ и стабильный батарейный токъ очевидно вліяютъ на уменьшеніе сочленовныхъ опуханій и облегченіе движеній. Ессентукскую воду, по $^1/_2$ стакана дважды въ день, массажъ и электричество будемъ поэтому продолжать; въ салициловомъ же натрѣ, вообще въ болеутоляющихъ нѣтъ болѣе нужды.

Мы ограничиваемся названными средствами, потому что они очевидно достаточны. Превосходное средство при хроническихъ болѣзняхъ сочлененій—соленыя ванны теплыя и даже (если нѣтъ противопоказаній) горячія; въ данномъ случаѣ мы не прибѣгаемъ къ нимъ, потому что, какъ сказано, очевидно обойдемся и безъ нихъ, а главное потому, что они противопоказуются зимнимъ временемъ: больная, по выходѣ изъ клиники, болѣе рисковала бы простудой. Хорошее средство при хроническихъ сочленовныхъ пораженіяхъ—карболовая кислота (примочки изъ 2—4% раствора и подкожныя впрыскиванія); въ данномъ случаѣ нужды въ немъ нѣтъ, къ тому же подкожныя впрыскиванія карболовой кислоты вызываютъ сильныя боли. Іодистые (также какъ и ртутные) препараты безспорно полезны при участіи сифилиса въ сочленовныхъ пораженіяхъ.

При назначенiи мѣстнаго лѣченiя слѣдуетъ обращать вниманiе на то, какiе именно органы или ткани поражены. Для мышцъ всего лучше — массажъ. Для сочлененiй полезны—мушки, массажъ, электричество и карболовая кислота. Для пораженiй надкостницы—лишь общее лѣченiе, обыкновенно противосифилитическое или противоподагрическое, или то и другое вмѣстѣ (напр. iодистые препараты въ щелочныхъ минеральныхъ водахъ); массажъ и электричество усиливаютъ боли и ухудшаютъ болѣзнь. Для невритовъ—покой, мушки, раздражающiя и болеутоляющiя мази, а, по окончанiи остраго перiода, осторожный массажъ не самаго нерва, а, съ цѣлью отвлеченiя, сосѣднихъ мягкихъ частей, главнымъ образомъ мышечныхъ массъ; дѣйствiе электричества невѣрно. Наконецъ, повторяю, соленыя ванны, теплыя или горячiя, полезны для всѣхъ пораженiй.

Изъ лекцiи 1-го марта 1891.

Больная сегодня оставляетъ клинику. Всѣ отправленiя въ порядкѣ, питанiе улучшилось, силы тоже. Опухоль осталась, хотя гораздо меньше прежняго, лишь въ запястныхъ сочлененiяхъ, въ другихъ же почти прошла. Болей при давленiи, пассивныхъ и непродолжительныхъ активныхъ движенiяхъ нигдѣ нѣтъ. Продолжительная ходьба вызываетъ чувство утомленiя, а потомъ и боль въ колѣнахъ, впрочемъ скоро проходящую при отдыхѣ.

Больной данъ совѣтъ избѣгать извѣстныхъ вредныхъ влiянiй и продолжать массажъ.

ТРИНАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 3-го марта 1892.

Больная, вдова чиновника, 47 лѣтъ, поступила въ клинику 27-го февраля, жалуясь на сильныя боли въ поясницѣ и въ ногахъ сверху до колѣнъ,—боли, крайне усиливающіяся при движеніяхъ, дѣлающія послѣднія почти невозможными; жалуется также на боли въ груди и лѣвой половинѣ живота.

Образъ жизни и анамнезъ. Больная живетъ въ одной изъ подмосковныхъ губерній, въ здоровой мѣстности и хорошемъ помѣщеніи, но отхожее мѣсто холодное. Лѣтъ 5 перестала купаться, въ банѣ бываетъ дважды въ мѣсяцъ, очень потлива. Кофе, вина и водки не пьетъ, пьетъ чай—горячій, въ день—стакана 4; вообще же пьетъ мало: кромѣ чая только воду, не болѣе стакана за весь день. Завтракаетъ и обѣдаетъ, столъ хорошій, ѣстъ много сладкаго. Вдовѣетъ 5 лѣтъ, беременна не была. Мало бываетъ на воздухѣ и мало дѣлаетъ движенія. Занятія—небольшія по домашнему хозяйству.

Больная—изъ здоровой семьи и сама очень крѣпкаго сложенія. 17-ти лѣтъ перенесла брюшной тифъ, 27-ми малярію. Послѣ того была здорова до наступленія климактерическаго періода, начавшагося пять лѣтъ назадъ: три года регулы «путались», а два года назадъ совершенно прекратились. Съ наступленіемъ климактерическаго періода стали дѣлаться при-

ступы жара въ головѣ и сильнаго пота во всемъ тѣлѣ, въ первый годъ очень частые—по нѣскольку разъ въ день (съ тѣхъ поръ пошло меньше мочи, послѣдняя стала красна и часто давала красноватый отстой). 4 года назадъ первый и притомъ весьма сильный приступъ лѣвосторонней почечной колики (боли въ лѣвой сторонѣ поясницы съ отдачей въ лѣвый пахъ), продолжавшійся, съ перемежками, четыре дни. Годъ спустя второй приступъ, легче перваго, окончившійся въ два дни. Послѣ того нерѣдко бывали припадки почечной колики, все лѣвосторонней, но не сильные. Въ прошломъ (1891-го года) октябрѣ появилась постоянная сильная боль въ лѣвой сторонѣ поясницы и живота (остающаяся доселѣ) и въ то же время начались и постепенно усиливались всѣ тѣ боли, съ которыми больная поступила въ клинику. Лѣченіе было такое: сначала салициловый натръ до шума въ ушахъ въ теченіе мѣсяца—безъ успѣха; затѣмъ, цѣлый мѣсяцъ, іодистый калій (въ растворѣ, по 3 ложки въ день, доза неизвѣстна)—тоже безъ всякаго успѣха; затѣмъ прохладныя обтиранія (мокрой простыней) въ теченіе мѣсяца—тоже безуспѣшно; наконецъ, двѣ недѣли передъ поступленіемъ въ клинику больная пила воду Виши-Селестенъ (прежде никогда не пивала минеральныхъ водъ), по $1\frac{1}{2}$ стакана въ день и почувствовала небольшое облегченіе. Въ киникѣ больная продолжаетъ пить туже воду (нагрѣтую до температуры парнаго молока) по $\frac{1}{2}$ стакана три раза въ день, всякій разъ за часъ до принятія пищи.

Status. Аппетитъ уменьшенъ. Въ клиникѣ, при правильной діэтѣ и употребленіи воды Виши, диспептическихъ явленій нѣтъ, а прежде бывали (тяжесть подъ ложечкой, изжога) почти постоянно. Больную обыкновенно крѣпитъ, и раза два въ мѣсяцъ она принимаетъ касторовое масло; въ клиникѣ кишка достаточно опорожняется водяными клистирами. Печень и селезенка въ нормальномъ состояніи. Боли въ лѣвой сторонѣ живота зависятъ отъ сильной болѣзненности почки

и мочеточника; на правой сторонѣ почка и мочеточникъ тоже чувствительны при давленіи, но гораздо менѣе. Нѣсколько дней передъ поступленіемъ въ клинику больная уже не пила воды Виши и моча при поступленіи была въ маломъ количествѣ (500—700 к. с. въ сутки), очень красна, сильно кислой реакціи и давала большой отстой (главнымъ образомъ мочекислаго натра); теперь, когда больная вновь пьетъ Виши, а, по нашему совѣту, чай не горячій (отъ чего меньше потѣетъ) и обыкновенной воды поболѣе, мочи идетъ отъ 1.000 до 1.200 к. с. въ сутки, она менѣе красна и отстою гораздо менѣе. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ. Дыхательные органы здоровы. Величина сердца нормальна и тоны чисты, но пульсъ слабоватъ, что указываетъ на недостаточную дѣятельность (а, можетъ быть, и на пострадавшее уже питаніе) сердечной мышцы, очень естественную у больной, дѣлающей мало движенія. Больная была прежде полна, за болѣзнь похудѣла, но все еще ее нельзя назвать худою. Лихорадки нѣтъ. Сну мѣшаютъ нѣсколько боли, но все же онъ достаточно продолжителенъ и крѣпокъ. Грудныя боли, на которыя жалуется больная, при изслѣдованіи оказываются зависящими отъ болѣзненности грудины, реберъ и лопатокъ; всего же болѣе болѣзненны кости таза (особенно крестцовая) и обѣ бедренныя; движенія въ вертлужныхъ сочлененіяхъ крайне болѣзненны, что крайне затрудняетъ поворачиваніе въ постели, а вставаніе и ходьбу дѣлаетъ почти невозможною: больную, какъ вы видѣли, принесли въ аудиторію въ креслѣ.

Распознаваніе. Очевидно, мы имѣемъ передъ собою типическій случай подагры, arthritis urica. Больная—крѣпкаго сложенія, съ хорошимъ до послѣдняго времени пищевареніемъ, жила всегда въ достаткѣ, кушала лишнее, дѣлала мало движенія, не имѣла дѣтей, располнѣла и съ наступленіемъ климактерическаго періода и свойственныхъ ему вазомоторныхъ явленій (частое обдаваніе всего тѣла потомъ, что усилило обычную потливость больной) стала отдѣлять уменьшенную

въ количествѣ красную мочу съ обильнымъ мочекислымъ отстоемъ и страдать почечной коликой,—болѣзнью, столь свойственною подагрикамъ, связанною съ самою сущностью подагры: затѣмъ появились вышеупомянутыя боли въ костяхъ, подагрическіе періоститы.

Нѣтъ ли при этомъ и сифилиса, такъ какъ боли иногда мѣшаютъ сну. Правда, мѣшаютъ, но лишь въ томъ случаѣ, если больная, во снѣ, сдѣлаетъ движеніе, вызывающее боль; послѣдняя будитъ больную, но тотчасъ же, въ покоѣ, проходитъ и больная снова и крѣпко засыпаетъ. Ночныя же ожесточенія сифилическихъ болей не таковы, длятся по долгу, многіе часы и не облегчаются покойнымъ положеніемъ; напротивъ, больные предпочитаютъ иногда ходить во время ночнаго припадка болей. Не стану указывать на то, что кости всего чаще поражающіяся при сифилисѣ (напр. большеберцовыя, локтевыя, кости черепа), здѣсь не поражены; точно также нѣтъ и особенно характерныхъ для подагры пораженій мелкихъ сочлененій, особенно большихъ ножныхъ пальцевъ. Но тогда какъ анамнезъ и настоящее состояніе столь рѣшительно свидѣтельствуютъ о подагрѣ, на сифилисъ они не даютъ никакихъ указаній. Наконецъ, мѣсячное лѣченіе іодистымъ каліемъ было совершенно безуспѣшно, а двухнедѣльное употребленіе воды Виши произвело хотя небольшое, но безспорное облегченіе. Что касается преимущественнаго пораженія подагрой, у нашей больной, костей таза и бедренныхъ, то возможно, что этому способствовала простуда при обнаженіи сидѣнья и бедръ въ холодномъ отхожемъ мѣстѣ съ наступленіемъ (въ прошломъ октябрѣ) холодной погоды.

Предсказаніе. Какъ показываетъ опытъ, такого рода больные, какъ въ настоящемъ случаѣ, при употребленіи, обыкновенно повторномъ, минеральныхъ водъ (вначалѣ щелочныхъ, позднѣе щелочныхъ и землистыхъ) и соблюденіи гигіены, обыкновенно освобождаются отъ тяжелыхъ симптомовъ подагры и ихъ возвратовъ.

Лѣченіе. Причиной безуспѣшности предъидущаго лѣченія была, очевидно, неясность діагностики. Врачъ видѣлъ «хроническій ревматизмъ» и цѣлый мѣсяцъ давалъ салициловый натръ до шума въ ушахъ — безъ всякаго успѣха: противъ собственно подагрическихъ пораженій, въ особенности противъ подагрическихъ періоститовъ салициловый натръ совершенно недѣйствителенъ, а дѣйствуетъ какъ болеутоляющее (и то въ соединеніи съ щелочными минеральными водами) лишь при подагрическихъ сочленовныхъ пораженіяхъ, осложненныхъ острымъ или полуострымъ сочленовнымъ ревматизмомъ или послѣдовательнымъ за нимъ пораженіемъ сочлененій, а также простуднымъ страданіемъ послѣднихъ. Безуспѣшность лѣченія и подозрѣніе о сифилисѣ повели къ назначенію іодистаго калія, хотя правильнѣе было бы дать сначала щелочную минеральную воду, потому что о сифилисѣ могло лишь придти подозрѣніе, а признаки подагры были очевидны. Поводомъ къ назначенію прохладныхъ обтираній могла быть или нѣкоторая нервность больной, измученной болями или, опять, неясное представленіе о «хроническомъ ревматизмѣ»; но нервность, конечно, нельзя было удалить, не удаливъ ея причинъ, т.-е. продолжающихся болей, а противъ болей вообще (особенно же противъ почечныхъ) пригоднѣе теплыя ванны, а не прохладныя обтиранія (идутъ ли въ настоящемъ случаѣ теплыя ванны —будетъ разсмотрѣно ниже).

Больной назначена вода Виши, такъ какъ опытъ показалъ, что сильныя щелочныя воды (какъ Виши и Ессентуки)—лучшее средство при такой типической подагрѣ, какъ у нашей больной (позднѣе, при атонической подагрѣ, пригоднѣе Эмсъ или землистая вода, напр. Контрксевиль). Мы даемъ Виши въ умѣренномъ количествѣ (хотя желательно бы было давать въ большемъ), потому что больная не только не можетъ, по зимнему времени, выходить на воздухъ, но даже и въ комнатѣ пока вовсе не можетъ ходить: при такихъ условіяхъ большее количество легко всасывающейся, не слабящей воды

Виши могло бы усилить вазомоторные припадки больной, приливы крови къ головѣ и обдаванiе потомъ, что (послѣднее) вызвало бы уменьшенiе мочеотдѣленiя. Такъ какъ нельзя давать большаго количества минеральной воды, то придется давать ее подольше.

Что назначить еще, чтобы ускорить облегченiе и поправленiе больной? Какъ сказано и какъ показалъ опытъ и въ настоящемъ случаѣ, отъ салициловаго натра, котораго больная принимала такъ много, ждать нечего. Тоже можно думать объ антипиринѣ и подобныхъ ему средствахъ, столь сходныхъ по дѣйствiю съ салициловымъ натромъ. Притомъ названныя средства въ данномъ случаѣ не только безполезны, но и вредны, потому что усиливаютъ потливость (мѣшающую отдѣленiю достаточнаго количества мочи) и ослабляютъ дѣятельность сердца и безъ того слабоватую. Назначить въ данномъ случаѣ, для облегченiя болей препараты опiя было бы большой ошибкой, вызвало бы усиленiе упомянутыхъ вазомоторныхъ припадковъ, отяготительныхъ для больной (приливы крови къ головѣ) и мѣшающихъ достаточному мочеотдѣленiю (потливость). Всего желательнѣе, конечно, уменьшать боли радикально, удаляя ихъ причины, т.-е. свойственныя подагрѣ отложенiя мочекислаго натра въ болящихъ мѣстахъ. Употребляемый для этой цѣли литiй безспорно дѣйствуетъ, но не особенно значительно. Назначимъ нашей больной предложенный въ послѣднее время пиперацинъ, повидимому способствующiй растворенiю и выведенiю мочекислыхъ отложенiй: есть наблюденiя, очень говорящiя въ пользу пиперацина. Назначимъ послѣднiй въ растворѣ (Rp. piperazini Ʒj, aquae destill. ℥vj), по столовой ложкѣ три раза въ день (слѣдовательно 15 грановъ въ сутки), непосредственно передъ прiемомъ воды Виши.

Изъ наружныхъ средствъ, въ данномъ случаѣ, при подагрическихъ перiоститахъ, электричество безполезно, а массажъ даже вреденъ, можетъ усилить боли. Теплыя ванны противо-

показуются крайнею болѣзненностью движеній: раздѣться, сѣсть въ ванну, выдти изъ нея и вновь одѣться— больше ожесточило бы боли, чѣмъ ихъ облегчила бы теплая ванна. Притомъ въ настоящемъ случаѣ потребовались бы, по причинѣ сильной болѣзненности почки и мочеточника лѣвой стороны, очень теплыя ванны, что опять увеличило бы столь вредную для больной потливость.

Изъ лекціи 27-го марта 1892.

Больная продолжаетъ пить Виши, а съ 4-го по 25-ое марта принимала пиперацинъ. Состояніе ея очень улучшилось: всѣ боли, какъ костныя, такъ и почечныя, крайне уменьшились; больная свободно пришла въ аудиторію. Всѣ отправленія въ порядкѣ, моча не красна, безъ отстоевъ и слабокислой реакціи, сонъ крѣпкій и болей ночью нѣтъ, такъ какъ движенія безболѣзненны.

Что касается дѣйствія пиперацина, то, повидимому, съ его назначеніемъ облегченіе болей пошло скорѣе, даже гораздо скорѣе; но, конечно, навѣрное нельзя этого утверждать, потому что одновременно больная пила воду Виши, употребленіе которой, въ виду тяжелаго состоянія больной, мы не могли отмѣнить, чтобы сдѣлать опытъ чистымъ. Желудкомъ пиперацинъ, въ вышеупомянутой дозѣ, переносился хорошо и вообще не вызывалъ никакихъ непріятныхъ явленій.

Такъ какъ мы не могли, какъ объяснено выше, давать большаго количества минеральной воды, то слѣдуетъ продолжить питье ея возможно долѣе.

Дальнѣйшая исторія болѣзни. 7-го апрѣля больная вышла изъ клиники почти безъ болей. До выхода пила Виши въ прежнемъ количествѣ: моча стала блѣдна и иногда нейтральна. Больной данъ совѣтъ прекратить питье минеральной воды, но лѣтомъ, въ случаѣ возобновленія болей, хотя и не же-

стокихъ, опять пить Виши въ томъ же количествѣ, но болѣе короткій срокъ, недѣли 3 или 4, а также, если возможно, брать тепловатыя ванны (градусовъ 27 Р.) съ солью и содой, первой фунтовъ 6, а второй фунта 3 на ванну (опытъ показалъ пользу такихъ ваннъ для подагриковъ), и конечно, тщательно соблюдать, объясненную ей, ея индивидуальную гигіену. Дѣлать движенія посовѣтовано болѣе, но съ отдыхомъ, отнюдь не до утомленія, особенно не до утомленія прежде болѣвшихъ мѣстъ.

ЧЕТЫРНАДЦАТЫЙ СЛУЧАЙ.

Лекція 11-го октября 1891.

Больная, жена торговца, 32-хъ лѣтъ, поступила въ клинику 2-го октября, жалуясь на боли во всемъ тѣлѣ, въ особенности же въ животѣ, правомъ боку, груди, рукахъ и ногахъ, на одышку, сердцебіеніе, отекъ ногъ, плохой сонъ и общую слабость.

Образъ жизни и анамнезъ. Больная живетъ въ одной изъ подмосковныхъ губерній, въ хорошей мѣстности и хорошемъ помѣщеніи. Всегда мало купалась, а лѣтъ пять, какъ совсѣмъ оставила купанье, потому что оно стало вызывать сильную одышку. Въ банѣ бываетъ еженедѣльно, но не потлива. Пьетъ чашки 2 — 3 чая и стаканъ кофе, спиртныхъ напитковъ никогда не употребляла. Порядокъ ѣды — завтракъ, обѣдъ и ужинъ; больная всегда была крайне невоздержна въ пищѣ, ѣла много жирнаго, мучнаго и особенно сладкаго. Была дважды беременна, послѣдніе роды 9 лѣтъ назадъ. Занятія — очень небольшія по домашнему хозяйству; на воздухѣ въ холодное время года больная совсѣмъ не бываетъ, а лѣтомъ хотя и бываетъ, но почти не ходитъ по нездоровью (впрочемъ не ходила и прежде, когда была здорова, потому что не любила ходить).

Больная изъ здоровой семьи и сама очень крѣпкаго сложенія. Всегда вела вышеописанный образъ жизни, всегда

много ѣла и дѣлала мало движенія, съ прекращеніемъ беременностей очень располнѣла и уже пять лѣтъ назадъ стала страдать печеночною коликой (характерные приступы сильныхъ болей въ правомъ боку со рвотой и желтухой). Въ октябрѣ 1886 года въ первый разъ поступила въ нашу клинику, гдѣ оказалось, что кромѣ общаго ожирѣнія и желчныхъ камней есть и ясно выраженная подагра: почечная колика (моча съ обильнымъ отстоемъ мочекислаго натра) и подагрическіе періоститы разныхъ костей, особенно реберъ (сифилиса какъ тогда не было, такъ и теперь нѣтъ). Больная держала діэту, пила Виши, взяла нѣсколько теплыхъ ваннъ и черезъ мѣсяцъ вышла изъ клиники совершенно поправившись; но, несмотря на то, что ей настойчиво было указано, къ чему ведетъ ея образъ жизни, ни въ чемъ не измѣнила его и въ январѣ 1887 г. вновь вынуждена была обратиться въ клинику, гдѣ пробыла мѣсяцъ, лѣчилась также и вышла опять поправившись. По слабохарактерности опять жила по-прежнему и въ октябрѣ 1887 года въ третій разъ обратилась въ клинику со всѣми прежними, теперь усилившимися припадками, въ особенности же съ сильною печеночною коликой. Лѣченіе — нѣсколько разъ каломель, теплыя ванны, затѣмъ Карлсбадъ и Виши. Больная опять очень поправилась и, несмотря на прежнее неправильное, мало измѣненное къ лучшему житье, почти цѣлый годъ чувствовала себя довольно удовлетворительно и лишь въ октябрѣ 1888 г., вынуждена была обратиться, въ четвертый разъ, въ клинику, гдѣ разъ приняла каломель, а затѣмъ шесть недѣль пила одновременно Карлсбадъ-Мюльбрунъ (два пріема въ $^1/_2$ стакана утромъ) и Виши-Селестенъ (два пріема по $^1/_2$ стакана во вторую половину дня). Очень поправилась, жила нѣсколько правильнѣе и года полтора чувствовала себя изрядно; затѣмъ — опять прежніе непорядки въ образѣ жизни и, въ послѣдніе полтора года прежніе недуги, какъ обѣ колики, такъ и особенно подагрическія по-

раженія костей и сочлененій крайне усилились; девять дней назадъ, больная поступила въ клинику черезъ три года послѣ ея четвертаго пребыванія въ послѣдней.

Status. Больная очень полна; цвѣтъ кожи, бывшій прежде здоровымъ, теперь — темный, оливковый. Аппетитъ плохъ, жажды нѣтъ (вообще больная пьетъ очень мало). Легкія диспептическія явленія (изжога, отрыжка, тошнота) бываютъ только при несоблюденіи діэты, въ противномъ случаѣ ихъ нѣтъ. На низъ крѣпитъ: бываетъ ежедневно, но недостаточно; окраска испражненій желчью — нормальная. Животъ великъ — отъ очевиднаго отложенія жира, а также и отъ кишечнаго метеоризма. Регулы бываютъ въ срокъ, но очень по малу и длятся лишь одинъ день. Моча — хотя въ небольшомъ количествѣ (900 к. с.), но блѣдна и мутна (въ отстоѣ много кристалловъ щавелекислой извести, эпителія почечнаго таза и лейкоцитовъ), бѣлка и сахара не содержитъ. Почки и мочеточники очень болѣзненны. Печень увеличена, но нормальной формы и консистенціи, — не болѣзненна; мѣсто желчнаго пузыря болѣзненно. Сильная болѣзненность грудины, реберъ, лопатокъ и позвонковъ. Одышка. Припадки сердцебіенія съ легкими признаками грудной жабы (чувство стѣсненія въ сторонѣ сердца и одновременно въ лѣвой лопаткѣ и лѣвой рукѣ). Объективное изслѣдованіе дыхательныхъ путей даетъ нормальные результаты. Кашля нѣтъ. Объемъ сердца, по причинѣ большой толщины подкожно-жирнаго слоя, нельзя опредѣлить; тоны чисты, но очень слабы; пульсъ правиленъ, но очень слабъ. Теперь, какъ и обыкновенно, лихорадки нѣтъ; но при простудѣ усиливаются всѣ боли и тогда больная лихорадитъ, но немного и недолго. Голова не болитъ. Головокруженія бываютъ часто, особенно при быстромъ выпрямленіи и сколько-нибудь долгомъ стояніи, при чемъ лицо блѣднѣетъ. Сонъ постоянно очень плохъ по причинѣ повсемѣстныхъ болей. Въ послѣдніе годы стали бывать легкіе истерическіе припадки: чувство

стѣсненія въ груди и горлѣ, слезы (судорогъ и потери сознанія не бываетъ). Всѣ кости и сочлененія конечностей — болѣе или менѣе болѣзненны, на ногахъ особенно сочлененія большихъ пальцевъ, на рукахъ — плечевыя. Сильная гиперестезія кожи. Зрѣніе и слухъ нормальны. Крайняя мышечная слабость. Ноги слегка отекли до половины голеней.

Распознаваніе. Большую часть недуговъ, замѣчаемыхъ у нашей больной, приходилось уже разсматривать по поводу предыдущихъ случаевъ. Желудокъ еще въ хорошемъ состояніи. Крѣпленіе на низъ и кишечный метеоризмъ зависятъ отъ слабости мышечнаго аппарата кишекъ, столь естественной при недѣятельномъ образѣ жизни и общей мышечной слабости больной. Въ мочевыхъ путяхъ явленія нефролитіазиса и катарральнаго піэлита. Желчные камни. Увеличеніе печени, при ея неболѣзненности и нормальной консистенціи, а также въ виду общаго ожирѣнія, слѣдуетъ отнести къ ожирѣнію этого органа, о чемъ свидѣтельствуетъ и оливковый цвѣтъ кожи, указывающій на нѣкоторое затрудненіе желчеотдѣленія отъ стѣсненія желчевыхъ путей жировыми отложеніями. Слабую дѣятельность сердца (на которую указываютъ слабый пульсъ, головокруженія при блѣдномъ лицѣ и отекъ ногъ), при пульсѣ нормальной частоты и нормальнаго ритма, слѣдуетъ отнести къ слабости сердечной мышцы, по всей вѣроятности вслѣдствіе ожирѣнія послѣдней; отъ того же, при развившемся истерическомъ состояніи, могутъ зависѣть легкіе припадки грудной жабы и сердцебіенія. Одышка, при нормальномъ состояніи дыхательныхъ путей, зависитъ очевидно отъ сердечной же слабости, а отчасти отъ высокаго положенія діафрагмы вслѣдствіе большаго живота. Легкая истерія больной развилась подъ вліяніемъ комнатной и недѣятельной жизни, продолжительной безсонницы и давнишнихъ сильныхъ болей. Гиперестезія кожи можетъ отчасти зависѣть отъ истеріи, но впрочемъ составляетъ обычное явленіе при сильноболѣзненныхъ пораженіяхъ ле-

жащихъ подъ кожей частей (истерія у больной легкая, а кожная гиперестезія крайне сильна и замѣчается не въ одной половинѣ тѣла, какъ часто бываетъ при истеріи, а вездѣ, преимущественно же подъ болящими глубокими частями: желчнымъ пузыремъ, мочевыми путями и почти всѣми костями и хрящами). Разстройства питанія въ настоящемъ случаѣ очень типичны: подъ вліяніемъ вышеупомянутаго образа жизни и съ прекращеніемъ беременностей развилось общее ожирѣніе, потомъ типическая подагра, arthritis urica, съ мочекислымъ нефролитіазисомъ и позднѣе, подъ вліяніемъ мышечной недѣятельности и присоединившагося функціональнаго нервнаго разстройства, при большомъ количествѣ сладкой пищи, оксалурія. Какъ извѣстно, такое сочетаніе разстройствъ питанія, или съ присоединеніемъ еще и сахарнаго діабета, встрѣчается часто.

Предсказаніе. Состояніе больной, очевидно, крайне серьезно: при столь многочисленныхъ и глубокихъ разстройствахъ организма всякая случайная болѣзнь, — неважная для здороваго организма, — можетъ получить роковое значеніе. Что же касается излѣченія или, по крайней мѣрѣ, значительнаго поправленія здоровья, то и оно, какъ увидимъ, встрѣчаетъ крайнія затрудненія, не говоря уже о слабохарактерности больной, парализующей всѣ усилія къ прочному возстановленію ея здоровья.

Лѣченіе и теченіе болѣзни. Діэта, по мѣрѣ надобности — водяные клистиры и возбуждающія (смѣсь эфирновалеріановыхъ капель съ гофманскими и кофе). Вначалѣ, по причинѣ сильной болѣзненности желчнаго пузыря, данъ былъ каломель (8 порошковъ, по грану черезъ часъ), вызвавшій значительное облегченіе, но также и значительную, хотя временную слабость, такъ что отъ дальнѣйшаго употребленія каломеля пришлось отказаться. Точно также, послѣ первой теплой ванны, облегчившей боли въ животѣ (почечныя и желчнаго пузыря), но очень ослабившей сердечную дѣятель-

ность, пришлось отказаться и от теплыхъ ваннъ. Массажъ пораженныхъ сочлененій и общій (показанный оксалуріей), даже легчайшій, оказался невозможнымъ, по причинѣ кожной гиперестезіи. Пришлось ограничиться назначеніемъ воды Контрксевиль (въ виду оксалуріи) по $^1/_2$ стакана трижды въ день, — небольшихъ пріемовъ (по 10 грановъ 2 — 3 раза въ день, но не ежедневно) салициловаго натра, какъ болеутоляющаго и бромистаго натра (15 грановъ на ночь, но не ежедневно), какъ снотворнаго (оба средства давались въ упомянутыхъ пріемахъ Контрксевильской воды), что мало облегчало больную (бо́льшіе пріемы салициловаго натра противопоказывались слабостью сердца). Тогда, продолжая употребленіе минеральной воды, перешли къ антипирину, который, въ пріемѣ, дважды въ день, по 5 грановъ, хорошо дѣйствовалъ; облегчилъ боли до того, что сонъ сталъ возможенъ и не ослаблялъ сердечной дѣятельности *).

Больная вышла изъ клиники 27-го октября, замѣтно облегчившись отъ своихъ страданій. Для дальнѣйшаго лѣченія ей данъ былъ такой совѣтъ: прибѣгая по мѣрѣ надобности къ водянымъ клистирамъ, возбуждающимъ и болеутоляющимъ (антипирину, а если привыкнетъ къ нему, то къ фенацетину въ томъ же пріемѣ), пить попеременно Виши—Селестенъ (противъ мочекислыхъ отложеній) и Контрксевиль (противъ оксалуріи) въ небольшомъ количествѣ (по $^1/_2$ стакана дважды въ день) и съ перемежками, и лѣчиться молокомъ; когда же будетъ возможно, то прибѣгнуть къ массажу (по уменьшеніи болей и гиперестезіи) и теплымъ ваннамъ (по уменьшеніи слабости и въ теплое время года).

Лѣчиться молокомъ посовѣтовано такимъ образомъ: продолжая пить названныя минеральныя воды и прибѣгать, по мѣрѣ надобности, къ клистирамъ, возбуждающимъ и боле-

---

*) Наблюденія надъ хорошимъ дѣйствіемъ пиперацина противъ мочекислыхъ подагрическихъ отложеній и мочекислаго песка появились въ литературѣ уже позднѣе, около половины зимы.

утоляющимъ, въ дни молочнаго лѣченія употреблять, кромѣ молока лишь кофе (съ небольшимъ количествомъ сахара) и немного чая (безъ сахара), затѣмъ рѣшительно ничего, никакого другаго питья и пищи; молоко пить не жирное, но и не снятое, по полустакану заразъ, въ теченіе цѣлаго дня въ такомъ количествѣ, чтобы не чувствовать голода, но не болѣе того (обыкновенно достаточно бываетъ стакановъ 5 — 7); пить нѣсколько дней подрядъ, пока не появится чувства слабости; тогда нѣсколько дней подрядъ, оставивъ молоко, употреблять другую пищу, соображаясь съ вообще назначенной діэтой (рекомендована разнообразная пища — мясо, рыба, яйца, также и мучное; исключено — сладкое и очень жирное, а также всякія закуски, соусы, подливки и т. д.); когда при такой пищѣ чувство слабости пройдетъ, то вновь употреблять нѣсколько дней одно молоко и т. д. до полученія удовлетворительныхъ результатовъ. Показанія къ такому лѣченію молокомъ въ подобныхъ случаяхъ и получаемые отъ него результаты изложены мною въ статьѣ о сифилисѣ сердца, въ 1-мъ выпускѣ Клиническихъ Лекцій (изд. 2-е, стр. 88 и 89).

Прибавлю, что въ случаяхъ атонической подагры, подобныхъ настоящему, когда уже и минеральныя воды оказываются недѣйствительными или малодѣйствительными, нерѣдко даетъ хорошіе результаты продолжительное употребленіе *земляничнаго чая* (herba et radix fragariae vescae); на хорошую щепоть такого чая — стаканъ кипятку, дать хорошенько настояться и пить постольку разъ или два въ день.

ТРУДЫ.

I. Терапевтическія замѣтки.

Проф. Г. А. Захарьина.

Лѣчить ли лихорадку и какъ лѣчить?

Въ настоящее время нѣкоторые утверждають, что лихорадку при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ лѣчить не слѣдуетъ, потому что она составляетъ тогда самозащиту организма противъ болѣзнетворной причины. Не отрицая не только возможности, но даже и вѣроятности такого процесса самозащиты, изъ него нельзя однако выводить основанія къ тому, чтобы относиться пассивно къ лихорадкѣ. Развѣ кашель, напр., не есть въ извѣстныхъ случаяхъ (при бронхіальномъ катаррѣ съ обильнымъ отдѣленіемъ, при отекѣ легкаго и др.) самозащита организма, безъ которой больной задохся бы,—защитный симптомъ, который слѣдуетъ въ такихъ случаяхъ не ослаблять, а усиливать и развѣ не приходится въ другихъ случаяхъ, хотя бы при томъ же бронхіальномъ катаррѣ, стараться уменьшать слишкомъ сильный кашель, нарушающій сонъ или вредно, даже опасно дѣйствующій на мозговое кровеобращеніе, на дѣятельность сердца, на состояніе брюшныхъ органовъ и т. д? То же можно сказать о поносѣ и о другихъ симптомахъ, полезныхъ въ извѣстной мѣрѣ и вредныхъ, когда они переходять за нее; то же и о лихорадкѣ при заразныхъ болѣзняхъ; слѣдовательно, и къ ней врачъ долженъ относиться такъ же, какъ и къ другимъ такого рода симптомамъ,—не лѣчить, если есть основаніе считать ее полезною и если она не переходитъ извѣстной границы и лѣчить въ противномъ случаѣ.

Какъ лѣчить лихорадку? Въ случаяхъ, гдѣ возможно коренное лѣченіе не только лихорадочныхъ симптомовъ, но и всей болѣзни, напр. (въ области внутреннихъ болѣзней) при маляріи, при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ образъ дѣйствія врача—ясенъ.

При острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, противъ которыхъ мы не имѣемъ кореннаго лѣченія, напр. при тифѣ (сыпномъ), тифоидѣ (брюшномъ тифѣ), возвратной горячкѣ, рожѣ и др. я поступаю такимъ образомъ. Если лихорадка умѣренна и, анализируя состояніе больнаго, я не вижу отъ нея безспорнаго вреднаго вліянія, то выжидаю, въ противномъ случаѣ прибѣгаю къ лѣченію. При какой температурѣ можно считать лихорадку умѣренною? Прежде всего, конечно, слѣдуетъ индивидуализировать: старые люди хуже переносятъ температуру въ 39°, чѣмъ дѣти таковую въ 40° и выше; но вообще говоря, у взрослыхъ, но не старыхъ людей температура до 39° рѣдко тревожитъ врача, а за 40° обыкновенно внушаетъ опасенія. Наиболѣе же требуетъ вниманія и тщательнаго анализа состоянія больнаго температура между 39 и 40°. Въ такихъ случаяхъ, напр. при брюшномъ тифѣ, если нѣтъ никакого другаго безпокоящаго симптома, я не лѣчу лихорадки. Если при такой температурѣ есть какой-либо внушающій опасенія симптомъ, то прежде, чѣмъ взяться за противолихорадочное лѣченіе, стараюсь выяснить, нѣтъ ли другихъ причинъ этого симптома помимо высокой температуры: замѣчаю напр. угнетеніе мозговой дѣятельности и, одновременно, явленія прилива крови къ головѣ (красное лицо) что часто бываетъ при брюшномъ тифѣ (и иногда проходитъ отъ произвольно наступающаго носоваго кровотеченія)—тогда назначаю не жаропонижающія, а 2 піявки къ носовой перегородкѣ, мѣшокъ со льдомъ на голову, чего нерѣдко и бываетъ достаточно; если замѣчаю угнетеніе мозговой дѣятельности при блѣдномъ лицѣ, то дѣлаю холодныя обливанія головы, даю мускусъ, иногда (обыкновенно въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, при грозящемъ отекѣ мозга) ставлю мушку на заднюю поверхность шеи; при слабомъ пульсѣ, особенно у лицъ, привыкшихъ къ спиртнымъ напиткамъ, даю вино, коньякъ и возбуждающія; въ другихъ случаяхъ для устраненія безпокоящихъ симптомовъ приходится дать слабительное (при запорѣ и кишечномъ метеоризмѣ) и т. д. Если же, обсудивъ состояніе больнаго, не нахожу основаній ждать пользы отъ названныхъ и другихъ средствъ или, приложивъ послѣдніе, не вижу достаточнаго облегченія и долженъ отнести внуша-

ющіе опасенія симптомы къ высокой температурѣ, то прибѣгаю къ противолихорадочнымъ средствамъ—каломелю, прохладнымъ ваннамъ, антифебрину (рѣже антипирину), фенацетину и хинину.

Показанія къ употребленію каломеля при нѣкоторыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ (брюшномъ тифѣ, крупозной пневмоніи, рожѣ и остромъ нефритѣ) уже объяснены мною (1-й выпускъ Клиническихъ Лекцій, изд. 2-е, стр. 124—127).

Прохладныя ванны—температура 24—22° Р. съ пониженіемъ, во время ванны, до 20—18°. Продолжительность ванны опредѣляется особенностями даннаго случая (первая ванна въ присутствіи врача, а послѣдущія—опытнаго фельдшера). Больной опускается въ ванну и поднимается изъ нея на простынѣ. Главныя противопоказанія: поносъ, кишечныя кровотеченія, ненадежное состояніе сердца, затрудненіе дыханія (отъ сильнаго бронхита и гипостаза или отъ присоединившейся пневмоніи) и сильновозбужденное состояніе нервной системы. Главное показаніе, кромѣ пониженія температуры,—угнетенное состояніе нервной системы. Прохладныя обтиранія всего тѣла водой съ уксусомъ необходимы для чистоты и обыкновенно пріятны больнымъ (вслѣдствіе легкаго возбужденія нервной системы), но вліяніе ихъ на пониженіе температуры конечно ничтожно.

Прибавлю, что приходится иногда (всего чаще при брюшномъ тифѣ) прибѣгать еще къ одному гидротерапевтическому пріему, а именно въ такихъ случаяхъ (обыкновенно въ дальнѣйшемъ теченіи тифа, при значительномъ уже истощеніи больнаго): палящій жаръ туловища, конечности холодны, весьма слабый пульсъ, сильное мозговое возбужденіе (безсонница и постоянный бредъ). Въ такихъ случаяхъ я даю препараты брома и одновременно кладу разогрѣвающій компрессъ на все тѣло: на постели разстилаются нѣсколько фланелевыхъ одѣялъ, а поверхъ простыня, смоченная комнатною (или нѣсколько холоднѣе) водою; больной, конечно совершенно обнаженный, кладется на простыню и завертывается сначала ею, а потомъ одѣялами. Такое лѣченіе большею частью бываетъ успѣшно: больной успокоивается, перестаетъ бредить, засыпаетъ, палящій жаръ туловища и холодъ конечностей проходитъ, пульсъ улучшается.

Антифебринъ, антипиринъ и фенацетинъ употребляю обыкновенно такимъ образомъ: даю пятигранный (рѣже 3-хъ гранный) пріемъ, большею частью получаю пониженіе температуры до 39° и ниже и, пока послѣднее длится, не даю

другихъ пріемовъ; вновь повысилась температура за 39°, опять такой же пріемъ и т. д., слѣдовательно нисколько не стараюсь понизить температуру до нормы, а довольствуюсь ея пониженіемъ до невнушающей опасеній высоты (тоже при употребленіи *прохладныхъ ваннъ* *). Всего чаще даю антифебринъ, а если мало помогаетъ или больной привыкаетъ къ нему, то фенацетинъ или антипиринъ.

Хининъ даю (помимо маляріи) въ тѣхъ случаяхъ, когда лихорадочное состояніе имѣетъ сильнопослабляющій или прямо перемежающійся характеръ (при лихорадочномъ состояніи постояннаго типа, febris continua, хининъ дѣйствуетъ лишь въ очень большихъ, трудно переносящихся пріемахъ и то несильно и не надолго), всего чаще при лихорадочныхъ катаррахъ дыхательныхъ путей, при затянувшейся пневмоніи и брюшномъ тифѣ (если позволяетъ состояніе кишекъ), когда лихорадка изъ постоянной дѣлается сильнопослабляющею или перемежающеюся (при постоянной же даю антифебринъ, фенацетинъ и антипиринъ). Даю во время послабленія или перемежки и потому большею частью утромъ (не натощакъ, а послѣ чая или кофе), а не вечеромъ, какъ обыкновенно совѣтуютъ: данный во время послабленія или перемежки лихорадочнаго состоянія хининъ лучше дѣйствуетъ, можетъ быть потому, что скорѣе всасывается. Пріемъ хинина не довожу до появленія шума въ ушахъ (какъ при лѣченіи маляріи), а даю обыкновенно пятигранные пріемы разъ или два, рѣдко три въ день.

При легочной чахоткѣ главное противолихорадочное и вообще главное средство, конечно, креозотъ (или гваяколъ, гваяколъ-карбонатъ); но, пока послѣдній начнетъ достаточно дѣйствовать, приходится иногда давать хининъ при послабляющей и перемежающейся лихорадкѣ, а при постоянной— антифебринъ, фенацетинъ, антипиринъ (салициловый натръ

---

*) Пониженіе температуры до нормы въ продолженіи всего теченія болѣзни (брюшнаго тифа) при помощи холодныхъ ваннъ или названныхъ жаропонижающихъ средствъ было испытано, но не стало общей практикой (и рекомендуется (холодныя ванны) въ настоящее время весьма немногими), потому что во 1-хъ не приноситъ пользы (продолжительность болѣзни не сокращается), а во 2-хъ можетъ вредить: безпрестанныя холодныя ванны, вызывая усиленное производство тепла, увеличиваютъ истощеніе организма, а вышеназванныя antipyretica, которыя для постояннаго пониженія повышенной температуры до нормы нужно бываетъ давать въ большихъ пріемахъ, вредно, даже опаснымъ образомъ дѣйствуютъ на сердце; не говоря уже о возможномъ вредѣ отъ прекращенія лихорадки (повышенной температуры), какъ возможной самозащиты организма: такъ нѣкоторые наблюдатели утверждаютъ, что въ случаяхъ брюшнаго тифа, лѣчимыхъ настойчивымъ употребленіемъ холодныхъ ваннъ, чаще бываютъ рецидивы.

въ малыхъ пріемахъ мало дѣйствителенъ, а въ большихъ скоро портитъ пищевареніе и потому предпочитаю ему последненазванныя средства).

При септицеміи и пэміи даю креозотъ (или гваяколъ) и гваяколъ-карбонатъ), такъ напр. при лѣченіи эмпіемы (помимо хирургическаго).

Іодъ при грудницѣ.

Давно уже мнѣ пришлось убѣдиться въ пользѣ іода (іодистаго калія) при воспаленіи грудной железы во время кормленія грудью; но изъ литературы и доселѣ не видно, чтобы это средство при лѣченіи названной болѣзни заняло свое надлежащее мѣсто. Въ учебникахъ и руководствахъ фармакологіи, акушерства и хирургіи упоминается (одобрительно или неодобрительно) о іодѣ при гипертрофіи грудной железы и при галакторреѣ; а что касается грудницы, то, напр. у Бильрота (*Болѣзни грудныхъ желёзъ*, русск. переводъ 1881), въ § о лѣченіи этой болѣзни (стр. 28) находимъ лишь слѣдующую замѣтку: «очень хвалятъ также внутреннее употребленіе іодистаго калія, чтобы вызвать быстрое исчезновеніе молока въ грудяхъ». Такую замѣтку конечно нельзя считать точнымъ показаніемъ. Во многихъ же учебникахъ хирургіи, напр. Дессо, Видаля (1846), Барделеена (1861), Гютера (1882), Тильманса, Альберта (1891) и др., объ употребленіи іода при грудницѣ не упоминается вовсе. Считаю поэтому нелишнимъ сказать о своихъ наблюденіяхъ и вытекающихъ изъ нихъ показаніяхъ.

Первый случай — въ декабрѣ 1866 г. Больная 27 лѣтъ, primipara, кормила уже пятый мѣсяцъ, когда заболѣла правая грудь около соска. Больная, по совѣту врача, приняла слабительное и потомъ клала ледяные компрессы на больную грудь — безуспѣшно. На четвертый день заболѣванія больная обратилась ко мнѣ. *Status*. Сложеніе крѣпкое, помимо легкаго лихорадочнаго состоянія и болѣзни грудной железы все въ порядкѣ. Въ правой грудной железѣ отъ соска внутрь затвердѣніе въ величину куринаго яйца, крайне болѣзненное; кожа на мѣстѣ затвердѣнія сильно покраснѣла; обѣ груди вспухли, сильно напряжены и слегка болѣзненны при давленіи (больная перестала кормить). Назначенъ іодистый калій (ʒj на ℥vj aquae dest, черезъ часъ по столовой ложкѣ). Къ слѣдующему утру (больная приняла за сутки драхму іодистаго калія) — большое облегченіе: всѣ боли

уменьшились; груди значительно опали, затвердѣніе уменьшилось, лихорадки почти нѣтъ. Больная принимала еще два два дни по 8 ложекъ и день 4 ложки упомянутаго раствора іодистаго калія и къ концу этого времени — всѣ боли прошли, груди опали окончательно, затвердѣніе исчезло, а образовавшійся около самаго соска ничтожный нарывъ опорожнилъ съ полнаперстка гноя и быстро зажилъ.

Болѣзни грудныхъ желёзъ, въ томъ числѣ и грудница лежатъ внѣ круга моей обычной практики; но все же за 26 лѣтъ, истекающихъ со времени моего перваго наблюденія, мнѣ пришлось лѣчить не менѣе 20 такихъ случаевъ, какъ вышеописанный: всегда я употреблялъ іодистый калій, какъ вышеупомянуто и всегда съ такимъ же хорошимъ, быстро успѣшнымъ результатомъ *). Я убѣжденъ, что такое своевременное употребленіе іодистаго калія при грудницѣ всегда предотвратитъ образованіе большаго нарыва и необходимость оперативнаго лѣченія.

Изъ одного соображенія можетъ возникнуть противопоказаніе къ лѣченію грудницы іодистымъ каліемъ: такое лѣченіе, какъ сказано, предотвращаетъ образованіе большаго нарыва, быстро устраняетъ боли, лихорадку и затвердѣніе, словомъ, быстро оканчиваетъ болѣзнь, избавляя больную отъ того истощенія, которое слѣдуетъ за образованіемъ большаго, сопровождаемаго сильною лихорадкою нарыва и за продолжительнымъ теченіемъ болѣзни; но это же лѣченіе прекращаетъ отдѣленіе молока и кормленіе, послѣ болѣзни, становится невозможнымъ. А между тѣмъ бываютъ случаи, что по излѣченіи, — безъ употребленія іодистыхъ препаратовъ, — образовавшагося нарыва женщина можетъ еще кормить грудью. Но всякому извѣстно какъ рѣдки такіе случаи и какъ рѣдко можетъ быть, чтобы женщина, перенесшая нарывъ грудной железы и слѣдовательно пострадавшая въ своемъ здоровьѣ, своихъ силахъ, могла еще кормить ребенка, съ пользою для него и безъ риска опаснаго ослабленія здоровья (и развитія бугорчатки) для себя.

Іодистый калій при грудницѣ слѣдуетъ назначать не только въ такихъ случаяхъ, какъ вышеописанный, но и тогда, когда уже образовался и вскрылся (или былъ вскрытъ) нарывъ, если послѣдній не великъ, а затвердѣніе еще значи-

---

*) Прибавлю, что при этомъ довольствуюсь опорожненіемъ (если таковое понадобится) кишки клистиромъ, а слабительнаго не даю (кромѣ нудящихъ къ тому случаевъ), чтобы послѣдующее употребленіе іодистаго калія не вызвало поноса.

тельно или если кромѣ вскрывшагося нарыва есть еще одно или нѣсколько затвердѣній въ другомъ мѣстѣ железы. Но если нарывъ очень значителенъ, нагноеніе распространилось и на соединительную ткань, окружающую железу, то іодистаго калія назначать не нужно (потому что тогда обыкновенно уже нѣтъ затвердѣній и отдѣленіе молока прекратилось) и не слѣдуетъ по причинѣ истощенія больной.

Упомяну еще объ одномъ случаѣ. Я былъ призванъ къ къ больной, у которой опасались развитія рака грудной железы. Оказалось, что у больной, — тридцатилѣтней женщины крѣпкаго сложенія, нѣсколько разъ рожавшей, кормившей грудью и прекратившей послѣднее кормленіе мѣсяца четыре назадъ, — есть нѣсколько оставшихся послѣ кормленія, слегка болѣзненныхъ затвердѣній, — каждое величиной въ голубиное яйцо, — въ той и другой грудной железѣ; впрочемъ все въ порядкѣ, сифилиса нѣтъ. Больная принимала, по моему назначенію, іодистый калій (ʒj на ℥vj aquae dest., по 6 столовыхъ ложекъ въ день) въ теченіе недѣли и затвердѣнія исчезли безслѣдно.

Висмутъ.

Въ разсмотрѣнныхъ доселѣ случаяхъ мнѣ не пришлось назначать висмутъ; въ будущемъ конечно встрѣтятся случаи, гдѣ придется употреблять это средство и, слѣдовательно, разсматривать его назначеніе въ данныхъ, индивидуальныхъ условіяхъ. Скажу пока о результатахъ, полученныхъ мною при употребленіи висмута, именно его основной селитрокислой соли (bismutum subnitricum, magisterium bismuti) и о показаніяхъ къ его назначенію. Изъ того, что Нотнагель и Росбахъ (Handbuch der Arzneimittellehre, изд. 6-е 1887, стр. 266 и 267) говорятъ о висмутѣ, видно, что они стали цѣнить это средство лишь съ тѣхъ поръ, какъ начали давать его въ большихъ пріемахъ. Я долженъ повторить тоже самое. Даваемый, у взрослыхъ, по 10 грановъ (въ упорныхъ случаяхъ по 15 и 20 грановъ) на пріемъ, отъ 3 до 5 разъ въ день, bismutum subnitricum превосходно дѣйствуетъ при хроническихъ поносахъ, какъ зависящихъ отъ кишечнаго катарра, такъ и отъ дизентеріи. При катаррѣ желудка, не осложненномъ пораженіемъ кишекъ, дѣйствіе висмута (можетъ быть легкое болеутоляющее) ничтожно въ сравненіи съ дѣйствіемъ щелочныхъ минераль-

ныхъ водъ, которыя стоятъ здѣсь на первомъ планѣ. При вышеназванныхъ болѣзняхъ кишекъ, особенно болѣе далекихъ отъ желудка частей ихъ, совершенно наоборотъ: на первомъ планѣ висмутъ внутрь и въ клистирахъ, а щелочныя минеральныя воды врядъ ли имѣютъ какое-нибудь значеніе.

Сравнивая висмутъ съ другими, употребляемыми противъ поносовъ средствами, скажу слѣдующее. Висмутъ особенно пригоденъ тогда, когда испражненія часты, болѣзненны, скудны и содержатъ слизь. Въ острыхъ случаяхъ, при сильныхъ боляхъ — лучше всего опій (обыкновенно t-ra opii simplex). О противопоказаніяхъ къ долговременному употребленію опія (т. е. въ хроническихъ случаяхъ) и о неудобствахъ назначенія таннина и уксуснокислаго свинца (потеря аппетита, чего не бываетъ при висмутѣ) я уже имѣлъ случай говорить (2-й выпускъ Клиническихъ Лекцій, изд. 2-е, стр. 18 и 19). Tinctura coto полезна, когда испражненія рѣдки, неболѣзненны, но очень обильны и изнуряютъ больныхъ. Бываютъ случаи, гдѣ очень полезно одновременное употребленіе висмута и t-rae coto.

При язвѣ желудка Нотнагель и Росбахъ не видѣли пользы отъ основнаго селитрокислаго висмута; мнѣ же извѣстны случаи столь рѣшительнаго улучшенія названной болѣзни при употребленіи этого средства, что я считаю его настоятельно показаннымъ при ней.

Ревень при острой инфекціонной желтухѣ (Вейлевой болѣзни).

Считаю нелишнимъ отмѣтить слѣдующее наблюденіе. Въ клиникѣ были два случая названной болѣзни, совершенно сходные другъ съ другомъ; обѣ больныя — молодыя, бывшія до болѣзни совершенно здоровыми женщины, работницы съ одной фабрики, гдѣ было еще нѣсколько такихъ же больныхъ.

Первая больная поступила въ клинику на 7-й день болѣзни. Въ первые шесть — знобъ, сильный жаръ, слабость (все время лежала), полная потеря аппетита и желтуха. Status при пріемѣ въ клинику: сильная желтуха склеръ и кожи, лихорадки нѣтъ, аппетитъ есть, хотя и небольшой, желудочной диспепсіи нѣтъ, испражненія совершенно не окрашены желчью, скудны, сухи и очень вонючи, моча содержитъ желчный пигментъ (бѣлка и сахара нѣтъ), затѣмъ

въ печени, какъ и вообще въ животѣ, а также въ груди и нервной системѣ ничего ненормальнаго, небольшое похуданіе и общая слабость. Каломель, данный обычнымъ образомъ, послабилъ, но не вызвалъ ни обычныхъ «каломельныхъ», т. е. окрашенныхъ желчью испражненій, ни постепеннаго окрашиванія послѣднихъ желчью и уменьшенія желтухи. Послѣ того больная недѣлю пила Эмсъ, затѣмъ опять каломель и опять недѣлю Эмсъ; при этомъ 2 теплыхъ ванны. Результатъ — нуль. Тогда назначенъ былъ ревень въ порошкѣ по 5 грановъ дважды въ день: съ первыхъ же дней испражненія стали постепенно окрашиваться желчью и при этомъ сдѣлались обильнѣе, мягче и не вонючи. Черезъ 10 дней испражненія окрасились вполнѣ нормально, желтуха покрововъ исчезала (желтуха мочи исчезла раньше), чувство общей слабости прошло.

Вторая больная поступила въ клинику тоже на 7-й день болѣзни, тоже уже безъ лихорадки (передъ этимъ сильный жаръ и слабость), тоже съ сильной желтухой и вообще совершенно въ такомъ же состояніи, какъ и первая. Прямо былъ назначенъ ревенный порошокъ такимъ же образомъ, какъ и въ первомъ случаѣ и съ такимъ же хорошимъ результатомъ.

II. О лѣченіи бугорчатки средствомъ Коха (туберкулиномъ) *).

Проф. Г. А. Захарьина.

(Сообщено въ засѣданіи Физико-Медицинскаго Общества въ Москвѣ 8-го апрѣля 1891 г.).

Въ срединѣ декабря 1890 въ факультетской терапевтической клиникѣ былъ полученъ туберкулинъ, а черезъ двѣ недѣли, послѣ полнаго бактеріологическаго изслѣдованія полученной жидкости и по предварительномъ наблюденіи выбранныхъ больныхъ, начались впрыскиванія.

Во избѣжаніе опасныхъ послѣдствій, впрыскиванія начинались большею частію не съ одного миллиграмма, — начальной дозы, указанной *Кохомъ*, — а съ одной десятой миллиграмма; лишь у самыхъ надежныхъ больныхъ начинали съ цѣлаго миллиграмма. Точно также наивысшая доза была въ 6 миллиграммовъ, т. е. далеко ниже предѣльной дозы, указанной *Кохомъ*. Благодаря такой осторожности, ни несчастныхъ случаевъ, ни какихъ-либо опасныхъ припадковъ при лѣченіи больныхъ въ клиникѣ не было. Замѣчу, что двумя мѣсяцами позднѣе (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1891, № 12) профессора *Гутманъ* и *Эрлихъ* въ Моабитской больницѣ (въ Берлинѣ), гдѣ впрыскиванія производились подъ наблюденіемъ самого *Коха*, тоже рекомендовали начинать съ одной десятой миллиграмма.

Для того же, чтобы выяснить дѣйствіе большихъ дозъ Коховскаго средства, одновременно начаты были опыты лѣченія туберкулиномъ животныхъ (кроликовъ и морскихъ свинокъ), предварительно зараженныхъ бугорчаткой, при чемъ, конечно, уже не стѣснялись величиной дозы. Эти опыты,

---

*) Появилось впервые въ газетѣ *Медицина*, 1891 г., № 15.

такъ же какъ и микроскопическія изслѣдованія измѣненій въ бугорковой ткани, происходящихъ подъ вліяніемъ лѣченія, а равно и бактеріологическія изслѣдованія самой Коховской жидкости производились въ лабораторіи профессора *А. И. Бабухина* ассистентомъ клиники д-ромъ *Поповымъ*.

Г-нъ *Поповъ* сообщитъ сегодня же о своихъ изслѣдованіяхъ; я же скажу лишь, что результаты лѣченія туберкулиномъ животныхъ, зараженныхъ бугорчаткой, совпадаютъ съ результатами нашихъ клиническихъ наблюденій.

Впрыскиванія производились, при самой тщательной дезинфекціи какъ инструментовъ, такъ и кожи больныхъ, свѣжеприготовленнымъ растворомъ туберкулина, а изрѣдка приготовленнымъ наканунѣ, но стерилизованнымъ предъ впрыскиваніемъ. Кромѣ ничтожной боли при уколѣ, никакихъ непріятныхъ явленій при впрыскиваніяхъ ни разу не было, ни послѣдующей боли, ни гнойниковъ и пр.

На описаніи столь часто описанныхъ и столь извѣстныхъ явленій общей и мѣстной (въ пораженныхъ бугорчаткой частяхъ) реакціи не останавливаюсь. Скажу лишь, что намъ приходилось наблюдать кромѣ лихорадочнаго состоянія почти и всѣ другія такъ-называемыя реактивныя явленія въ разныхъ частяхъ организма, такъ же какъ и въ пораженныхъ мѣстахъ; приходилось также наблюдать, что въ началѣ небольшія впрыскиванія (нѣсколько десятыхъ миллиграмма) вызывали реакцію, а позднѣе, у того же больнаго, гораздо большія, напримѣръ, въ 6 миллиграммовъ не вызывали ея.

Перехожу къ главному вопросу, вопросу о лѣчебномъ дѣйствіи туберкулина. Главнымъ предметомъ нашихъ наблюденій было лѣченіе бугорчатки легкихъ.

Всѣхъ больныхъ, которымъ дѣлались впрыскиванія, было 15. За исключеніемъ же одной больной съ волчанкой (lupus), протекавшею подъ вліяніемъ лѣченія обычнымъ, столь часто описаннымъ образомъ, — одной больной безъ явнаго туберкулезнаго пораженія, гдѣ впрыскиваніе было сдѣлано съ діагностическою цѣлью и не дало никакого опредѣленнаго результата и одного, не долго остававшагося подъ наблюденіемъ больнаго съ туберкулезною язвой гортани, послѣ шести впрыскиваній принявшею лучшій видъ, остается 12 больныхъ съ бугорчаткой легкихъ (въ томъ числѣ одинъ съ туберкулезными язвами въ гортани), лѣченіе которыхъ впрыскиваніями туберкулина подлежитъ настоящему обсужденію.

Всѣ больные передъ впрыскиваніями оставались, отъ восьми дней до двухъ недѣль (въ одномъ случаѣ — до 20 дней),

безъ всякаго лѣченія, кромѣ промывательныхъ для устраненія запора и теплаго содержанія (фланель) болящаго бока груди. Гигіеническія условія, въ томъ числѣ и образъ жизни (дѣятельность и отдыхъ), въ которыхъ больные находились въ клиникѣ, слѣдуетъ назвать весьма хорошими, несравненно лучшими, чѣмъ условія, въ которыхъ пребывали больные до поступленія въ клинику. Обыкновенно уже за это время, т. е. еще до начала впрыскиваній состояніе больныхъ нѣсколько улучшалось: нѣсколько уменьшались боли въ груди, кашель, лихорадка и слабость, у нѣкоторыхъ немного увеличивался аппетитъ.

По результатамъ лѣченія упомянутыхъ 12 больныхъ можно раздѣлить на 4 группы.

Первая группа, трое больныхъ.—Больная 21 года, признаки начальнаго пораженія (хрипы) верхушки праваго легкаго, мокроты — 2 — 3 плевка, въ мокротѣ бациллъ нѣтъ, эластическія волокна изрѣдка попадаются, больная немного лихорадитъ. За время (20 дней) передъ впрыскиваніями — никакой перемѣны въ состояніи больной. Сдѣлано 20 впрыскиваній отъ 1 до 3 миллиграммовъ. Реакція, общая и мѣстная, была очень сильная и, общая, разнообразная. Въ виду сильной реакціи впрыскиванія дѣлались чрезъ сравнительно долгіе промежутки, такъ что продолжались съ конца декабря до конца февраля. *Результатъ*: къ концу февраля мѣстныя явленія не только безъ перемѣны, но появились хрипы въ верхушкѣ и лѣваго легкаго, мокроты стало больше, эластическія волокна по прежнему; аппетитъ очень улучшился, прибыль въ вѣсѣ за 2 мѣсяца — 7 фунтовъ, самочувствіе гораздо лучше. Слѣдуетъ замѣтить, что больная истерична, очень доступна внушенію и самовнушенію, возлагала большую надежду на лѣченіе Коховскими впрыскиваніями и съ нетерпѣніемъ ожидала его. По прекращеніи впрыскиваній больная въ теченіе пяти недѣль принимала креозотъ и мышьякъ и за это время прибыла въ вѣсѣ еще на 4 фунта и стала меньше лихорадить, а мѣстныя явленія остались безъ перемѣны.

Больной 35 лѣтъ, признаки начальнаго пораженія (хрипы) верхушки лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, лихорадки нѣтъ. За время передъ впрыскиваніями состояніе больнаго не измѣнилось. Сдѣлано 15 впрыскиваній отъ одной десятой миллиграмма до цѣлаго миллиграмма. Послѣ впрыскиваній повышенія температуры не было, но бывало чувство общаго недомоганія и, всякій разъ, увеличеніе количества мочи (кубич. сантиметровъ на 200—

800), безъ альбуминуріи, при томъ же количествѣ питья, также и увеличеніе количества мокроты. *Результатъ*: за мѣсяцъ больной прибылъ въ вѣсѣ на 6 фунтовъ, самочувствіе нѣсколько улучшилось, хрипы и кашель по прежнему, мокроты больше, бациллы и эластическія волокна — по прежнему.

Больной 19 лѣтъ, хрипы въ мѣстѣ верхушки лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, больной не лихорадитъ. За время передъ впрыскиваніями боли въ лѣвомъ боку груди стали меньше. Сдѣлано 12 впрыскиваній отъ 1/2 до 1 миллиграмма. Послѣ впрыскиваній бывали повышенія температуры, усиленіе хриповъ и увеличеніе количества мокроты. *Результатъ*: за мѣсяцъ больной прибылъ въ вѣсѣ на 4 фунта, самочувствіе нѣсколько улучшилось; хрипы и кашель по прежнему, мокроты больше прежняго, бациллы и эластическія волокна въ ней — по прежнему. По прекращеніи впрыскиваній больной принималъ три недѣли креозотъ и за это время прибылъ въ вѣсѣ еще на три фунта.

Слѣдовательно у всѣхъ трехъ больныхъ въ главномъ, т. е. въ мѣстныхъ симптомахъ, въ состояніи пораженныхъ частей — никакого измѣненія (развѣ къ худшему, потому что мокроты стало побольше и, у первой больной, появились хрипы тамъ, гдѣ ихъ не было), т. е. результатъ — нуль. О значеніи прибавки въ вѣсѣ и лучшаго самочувствія буду говорить ниже.

Вторая группа, четверо больныхъ. — Больная 22 лѣтъ, небольшой фокусъ въ верхушкѣ праваго легкаго, въ мокротѣ бациллы, больная лихорадитъ. За время передъ впрыскиваніемъ лихорадка и боли въ груди стали меньше. Сдѣлано 10 впрыскиваній, отъ 5 до 7 десятыхъ миллиграмма. Послѣ впрыскиваній бывала сильная реакція, общая и мѣстная (усиленіе кашля и болей въ груди, увеличеніе хриповъ и мокроты, послѣдней— вдвое и втрое больше, она жиже, два раза было небольшое кровохарканье). Впрыскиванія дѣлались черезъ день, а дважды,— послѣ кровохарканій, — были перемежки на три дня. Послѣ десятаго впрыскиванія не было никакой реакціи, но черезъ сутки, т. е. на другой день утромъ, больная залихорадила (39°) и съ тѣхъ поръ стала сильно лихорадить, такъ что вспрыскиванія были оставлены. *Результатъ*: больная потеряла въ вѣсѣ 3 фунта и стала слабѣе, сильно лихорадитъ, появились обильные хрипы въ верхушкѣ и *другаго, лѣваго легкаго*, бациллы въ мокротѣ по прежнему. По прекращеніи

впрыскиваній и назначеніи креозота больной стало лучше и она пришла въ то общее состояніе, въ которомъ была до впрыскиваній, но хрипы на лѣвой сторонѣ остались.

Больная 18 лѣтъ, незначительный фокусъ въ верхушкѣ лѣваго легкаго, мокроты немного и въ ней за время (недѣлю) передъ впрыскиваніями не найдено ни бациллъ, ни эластическихъ волоконъ, шейныя и подмышечныя железы на лѣвой сторонѣ сильно припухли, но не болятъ и при давленіи не болѣзненны. Больная лихорадитъ. Сдѣлано 9 впрыскиваній, отъ 1 до 4 десятыхъ миллиграмма, черезъ день или два. Сильная реакція, общая (температура-40°) и мѣстная: усиленіе хриповъ на лѣвой сторонѣ и появленіе ихъ на правой, гдѣ они остались постоянно. Послѣ четвертаго впрыскиванія показались въ мокротѣ бациллы. Послѣ каждаго впрыскиванія железы болѣли и оставались болѣзненны при давленіи и въ промежуткахъ между впрыскиваніями. *Результатъ*: потеря въ вѣсѣ на три фунта, слабость больше, лихорадка сильнѣе, появленіе хриповъ на другой (правой) сторонѣ, мокроты больше, опухшія железы еще увеличились и стали болѣзненны. По прекращеніи впрыскиваній и назначеніи креозота и мышьяка все стало лучше: лихорадка гораздо меньше, вѣсъ тѣла прибываетъ, слабость проходитъ, но хрипы на правой сторонѣ не исчезли, а на лѣвой пришли въ то состояніе, въ которомъ были до впрыскиваній, мокроты меньше, железы стали неболѣзненны и опали до прежней величины.

Больной 25 лѣтъ, небольшой фокусъ въ верхушкѣ праваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, немного лихорадитъ. За время передъ впрыскиваніями лихорадка стала немного меньше. Сдѣлано 17 впрыскиваній, отъ $1/2$ до 1 миллиграмма, черезъ день. Послѣ перваго впрыскиванія сильная реакція, общая (39,4°) и мѣстная. Потомъ реакція стала слабѣть, но послѣ 6-го впрыскиванія, не вызвавшаго никакой реакціи, больной вообще залихорадилъ сильнѣе. *Результатъ*: потеря въ вѣсѣ на 2 фунта, слабость и лихорадка значительнѣе, хрипы обильнѣе, бациллы и эластическія волокна—по прежнему. По прекращеніи впрыскиваній назначенъ хининъ (два дня), а потомъ креозотъ: въ теченіи недѣли лихорадка уменьшилась.

Больная 23 лѣтъ, незначительный фокусъ въ верхушкѣ праваго легкаго, въ мокротѣ бациллы, лихорадка. За время до впрыскиваній больная потеряла въ вѣсѣ 2 фунта. Сдѣлано 7 впрыскиваній, отъ 1 до 3 десятыхъ миллиграмма, черезъ день. Первыя три впрыскиванія вызвали реакцію, общую и

мѣстную; потомъ реакція стала уменьшаться, но больная вообще залихорадила сильнѣе. *Результатъ*: потеря въ вѣсѣ за время впрыскиваній еще 2 фунта, слабость и лихорадка значительнѣе, остальное безъ перемѣны. По прекращеніи впрыскиваній больная двѣ недѣли принимала креозотъ: улучшенія не было.

Слѣдовательно у всѣхъ четырехъ больныхъ — безспорное ухудшеніе какъ въ общемъ состояніи, такъ и въ мѣстныхъ симптомахъ, въ состояніи пораженныхъ частей; кромѣ того, у двухъ, по прекращеніи впрыскиваній и назначеніи креозота и мышьяка,—такое же безспорное улучшеніе, а у третьяго (за время лишь одной недѣли), по крайней мѣрѣ,—начало такого улучшенія.

Третья группа, трое больныхъ.— Больной 19 лѣтъ, фокусъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы, чрезвычайныя боли при испражненіи по причинѣ туберкулезной язвы in recto, непосредственно надъ сфинктеромъ, лихорадитъ. Первыя три недѣли, въ клиникѣ, принималъ креозотъ и рыбій жиръ и дѣлалъ клистиры съ танниномъ. Никакого улучшенія. Тогда по усиленной просьбѣ отца больнаго, слѣдовавшаго совѣту весьма опытнаго и извѣстнаго врача, лѣчившаго больнаго прежде, стали дѣлать впрыскиванія, отъ 1 до 4 десятыхъ миллиграмма, всего 11 разъ, обыкновенно черезъ день, лишь однажды съ пятидневнымъ перерывомъ. Реакціи ни общей, ни мѣстной не было; но больной вообще сталъ болѣе лихорадить и слабѣть, хотя продолжалъ принимать креозотъ и рыбій жиръ, а по временамъ и антифебринъ. Язва in recto послѣ 4 впрыскиванія стала выполняться, а послѣ 10 совершенно зарубцевалась, такъ что больной сталъ испражняться (безъ клистира) безъ всякой боли и появленіе крови въ испражненіяхъ прекратилось. *Результатъ*: зарубцеваніе упомянутой язвы, значительное общее ухудшеніе (лихорадка и слабость увеличились, потеря въ вѣсѣ—5 фунтовъ) и увеличеніе легочнаго фокуса.

Больной 31 года, фокусъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, пораженіе гортани (отекъ надгортанника, инфильтратъ лѣваго lig. ary-epiglottici), лихорадка. За время до впрыскиваній—никакой перемѣны въ состояніи больнаго. Сдѣлано 18 впрыскиваній, отъ 1 до 9 десятыхъ миллиграмма, черезъ день. Общая реакція—ничтожная, мѣстная—больше хриповъ и мокроты, гиперемія гортани. При впрыскиваніяхъ общее состояніе (лихорадка, аппетитъ, сонъ и силы) не улучшалось (скорѣе

ухудшалось) и легочные симптомы не измѣнялись ни къ лучшему, ни къ худшему; но гортанные симптомы, очень безпокоившіе больнаго, вначалѣ улучшились: боли стали меньше и голосъ чище. Поэтому впрыскиванія продолжались при одновременномъ назначеніи креозота и мышьяка; но позднѣе состояніе гортани стало ухудшаться (боли, отекъ надгортанника и инфильтратъ въ лѣв. lig. ary-epiglott. увеличились, голосъ сталъ хуже), а потому впрыскиванія были прекращены и больной, не могшій оставаться долѣе въ клиникѣ, вышелъ. *Результатъ*: увеличеніе лихорадки и слабости, потеря въ вѣсѣ—7 фунтовъ.

О третьемъ больномъ, состояніе котораго, удовлетворительное до впрыскиваній, весьма ухудшилось послѣ нихъ, будетъ рѣчь ниже.

Слѣдовательно у всѣхъ трехъ больныхъ—большое ухудшеніе.

Четвертая группа, двое больныхъ.—Больной 26 лѣтъ, незначительный фокусъ въ верхушкѣ лѣваго легкаго, слѣды бывшаго плеврита ниже лѣвой лопатки, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, немного лихорадитъ. За время до впрыскиваній аппетитъ не увеличился, но температура пониже, кашель и боли въ груди поменьше, а самъ больной покрѣпче. Сдѣлано 22 впрыскиванія, отъ 1 до 6 миллиграммовъ, черезъ день. Бывала реакція, общая (наибольшая 38,5°, послѣ впрыскиванія въ 3 миллиграмма) и мѣстная (увеличеніе болей въ груди, кашля, мокроты и хриповъ). Послѣднія три впрыскиванія въ 6 миллиграммовъ не вызвали повышенія температуры. Послѣ восьми впрыскиваній, хрипы выше и ниже лѣвой ключицы исчезли, но потомъ снова появились. *Результатъ*: аппетитъ много лучше, больной прибылъ въ вѣсѣ на 12 фунтовъ и чувствуетъ себя крѣпче, болей въ груди нѣтъ, но по прежнему немного лихорадитъ, хрипы тоже по прежнему, а мокроты стало вдвое болѣе; бациллы и эластическія волокна въ ней по прежнему; мокрота этого столь поправившагося (въ общемъ состояніи) больнаго, будучи привита кролику, условила погибель послѣдняго вслѣдствіе развившейся бугорчатки легкихъ и подкожныхъ лимфатическихъ железъ (какъ показало вскрытіе). По прекращеніи впрыскиваній, больной, принимая три недѣли креозотъ, прибылъ въ вѣсѣ еще на 3½ фунта, причемъ количество мокроты снова уменьшилось до того, которое было до впрыскиваній.

Больной 30 лѣтъ, значительный фокусъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ мокротѣ бациллы и эластическія волокна, немного лихорадитъ. За время (10 дней) до впрыскиваній больному стало замѣтно лучше: лихорадка, кашель и боли

въ груди меньше, аппетитъ живѣе. Сдѣланы 22 впрыскиванія, отъ 1 до 6 миллиграммовъ, черезъ день. Бывала реакція, общая и мѣстная. Послѣ перваго впрыскиванія (1 миллигр.)—38,2°, послѣ втораго (2 миллигр.)—38,9°; за тѣмъ—слабѣе и послѣднія три впрыскиванія, въ 6 миллиграммовъ каждое, не вызвали никакого повышенія температуры. *Результатъ*: аппетитъ лучше, прибыль въ вѣсѣ—10½ фунтовъ, самъ больной крѣпче, мокроты—вдвое меньше, кашель тоже меньше, но по прежнему есть небольшая лихорадка, бациллы и эластическія волокна въ мокротѣ—по прежнему, бронхіальное дыханіе и глухой звукъ (при постукиваніи)—безъ перемѣны, хриповъ меньше, но они замѣчаются на томъ же протяженіи. По прекращеніи впрыскиваній больной три недѣли принималъ креозотъ и прибылъ въ вѣсѣ еще на 3½ фунта.

Слѣдовательно, въ обоихъ случаяхъ—значительное улучшеніе общаго состоянія (питанія и силъ) безъ рѣшительныхъ перемѣнъ въ мѣстныхъ симптомахъ, въ состояніи пораженныхъ частей.

Общій выводъ изъ всѣхъ 12 случаевъ таковъ: въ двухъ—значительное общее улучшеніе, въ трехъ—незначительное, безъ рѣшительныхъ перемѣнъ въ состояніи пораженныхъ частей во всѣхъ пяти случаяхъ; въ остальныхъ семи случаяхъ безспорное, общее и мѣстное, ухудшеніе; въ четырехъ—значительное, въ трехъ—весьма большое. Кромѣ того, изъ послѣднихъ семи случаевъ, по прекращеніи впрыскиваній и по назначеніи другаго лѣченія, въ трехъ ухудшеніе прошло и больные пришли въ то состояніе, въ которомъ были до впрыскиваній, а въ одномъ ухудшеніе начало проходить.

Обращусь теперь къ сообщеніямъ другихъ наблюдателей, породившимъ уже цѣлую литературу.

Общій характеръ ихъ таковъ: начальныя отличаются энтузіазмомъ, позднѣйшія—трезвостью; но фактическая сторона въ обоихъ—одинакова.

Для примѣра остановлюсь на одномъ изъ позднѣйшихъ, весьма трезвомъ сообщеніи нѣмецкаго клинициста, профессора *Наунина* въ Страсбургѣ (Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1891, № 9).

Всѣхъ случаевъ 60: изъ нихъ «около 40 или болѣе» относятся къ начальному періоду легочной бугорчатки, остальные же къ ея дальнѣйшему теченію; въ этихъ послѣднихъ *Наунинъ* всегда наблюдалъ значительное ухудшеніе и долженъ былъ прекращать впрыскиванія.

Изъ 40 («или болѣе») начальныхъ случаевъ лишь 9 улучшились при впрыскиваніяхъ: прибавка въ вѣсѣ (до 9 фунтовъ), мокроты меньше, въ двухъ случаяхъ исчезли бациллы; но «улучшенія мѣстнаго процесса замѣтно было весьма мало; лишь въ двухъ случаяхъ мы рѣшились занести въ протоколъ, что хрипы стали рѣшительно меньше». Около 20 случаевъ не представили никакой перемѣны, ни къ лучшему, ни къ худшему; 12 же — рѣшительно ухудшились, въ томъ числѣ 6—весьма значительно: ухудшеніе состояло въ усиленіи лихорадки, увеличеніи и распространеніи мѣстныхъ явленій (въ началѣ односторонній процессъ становился замѣтенъ въ обоихъ легкихъ).

Одинъ случай въ особенности заставилъ автора призадуматься («hat mir noch mehr zu denken gegeben»). Больной 18 лѣтъ, верхушечный катарръ, состояніе силъ хорошее. Послѣ впрыскиванія въ 2 миллигр. температура 39,0°, на другой день лихорадки нѣтъ. Черезъ два дня—впрыскиваніе въ 3 миллигр., послѣ чего реакція въ 39,7°, а потомъ постоянное лихорадочное состояніе, сначала умѣренное, но потомъ усиливавшееся съ каждымъ днемъ. Къ этому присоединились одышка и синюха и черезъ двѣ недѣли больной скончался. Вскрытіе показало свѣжую острую миліарную бугорчатку.

Въ нѣкоторыхъ сообщеніяхъ встрѣчаются заявленія, что были случаи (обыкновенно 1 — 2 на нѣсколько десятковъ), которые «можно считать излѣченными». Критеріями такого излѣченія считаются: при улучшеніи общаго состоянія исчезновеніе мѣстныхъ явленій (обыкновенно хриповъ, и до впрыскиваній бывшихъ незначительными) и бацилловъ въ мокротѣ, прекращеніе выдѣленія послѣдней и кашля, а также ненаступленіе реакціи послѣ впрыскиваній. Не говоря уже о малочисленности и кратковременности такихъ наблюденій, ненадежность упомянутыхъ основаній для заключенія объ излѣченіи и, слѣдовательно, преждевременность такого заключенія очевидны. Реакція, общая и мѣстная, часто перестаетъ наступать не только прежде излѣченія мѣстнаго процесса (которое и вообще не доказано), а когда послѣдній еще распространяется; намъ приходилось наблюдать это при легочной бугорчаткѣ; извѣстные французскіе дерматологи (въ парижской больницѣ St. Louis) видѣли тоже при прямо доступномъ глазу пораженіи, волчанкѣ кожи. Исчезновеніе мѣстныхъ явленій, конечно незначительныхъ, при улучшеніи общаго состоянія, давно извѣстно, наблюдается при прежнихъ спо-